

أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية

الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات

عبدالعزیز بن عبدالله البريشن

الطبعة الأولى

الرياض

١٤٢٣هـ - ٢٠٠٢م

المقدمة

إن للمخدرات جذوراً تاريخية تمتد مع بعض الأنواع إلى البدايات الأولى للحياة الإنسانية . ومن استقراء التاريخ العريق للمسكرات والمخدرات بشكل عام ، يمكن أن نصنفها على أنها جزء من الثقافة العامة للمجتمع البشري . ومع أن الكثير من المجتمعات ترفض هذا الجزء ، أو ذلك المكون الثقافي ، إلا أن المخدرات فرضت وتفرض نفسها ، كشكل من أشكال الصراع الأزلي بين الخير والشر ، اللذين يصنعهما الإنسان بعقله المبتكر .

ففي المجال العلمي أشار العالم «ألفن توفلر» في كتابه الشهير «صدمة المستقبل» عام ١٩٧٠م إلى أن الإنسانية تواجه أخطر أمراض العصر وهي المخدرات . وعلى الصعيد السياسي كان الإعلان غير المشروط لمحاربة المخدرات ، عاملاً مساعداً في الترشيح الانتخابي للولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٨٨م . وعلى النطاق الشعبي العام يكاد لا يتفق عقلاء العالم على رفض شيء كاتفاقهم على رفض المخدرات وتحريمها . كل هذا والمخدرات تتطور مع تطور الحياة ، في أنواعها ، ومكوناتها ، وفي وسائل وأساليب تعاطيها ، كما تتطور في طرق تهريبها وترويجها أيضاً .

ومع تلك الفرضية والجبرية من قبل المخدرات ، ومع تلك التطورات العلمية فيما يتعلق بالمخدرات ، كانت البشرية أكثر شجاعة في الاعتراف بها كقضية عالمية ، تستحق العناية والاهتمام ، على المستويات الوقائية والعلاجية والتأهيلية ، فأخذت العلوم تقدم مaldiها نحو المخدرات وآثارها . وبما أن الخدمة الاجتماعية مهنة إنسانية تهدف إلى حل المشكلات الإنسانية ، وتحقيق الرفاهية الاجتماعية ، فقد كان لها دور رئيس تجاه المخدرات

وإدمانها، سواء فيما يتعلق بالجانب الوقائي، أو العلاجي، أو التأهيلي. من هذا المنظور جاءت هذه المحاولة التي أحسبها مبدئية، لوضع تصور لما يمكن أن تسهم به الخدمة الاجتماعية في مجال تعاطي المسكرات والمخدرات والمؤثرات العقلية، وإدمانها، كمشكلة اجتماعية بات يعاني منها أفراد وجماعات ومجتمعات، وكمشكلة لازمت الإنسانية، وستلازمها إلى أجل غير معلوم.

الفصل الأول

المفاهيم والمصطلحات

المفاهيم والمصطلحات

يقال الحكم على الشيء فرع من تصوره، وهذا مثلما ينطبق في الحياة العامة، ينطبق كذلك على الكثير من الأشياء العلمية، بل إن الكثير من الأشياء المختلف عليها، يعود سبب الاختلاف إلى عدم تحديدها بشكل دقيق، أو على الأقل بالدقة الكافية لعدم الالتباس.

ولعل الهدف من استهلال هذا المؤلف تحديد مجموعة من المفاهيم ذات العلاقة، محاولة لوضع تصور للأشياء الأساسية للمادة، (المفاهيم والمصطلحات) من خلال تحديدها تحديداً جامعاً مانعاً، وبشكل موجز، على أن المفهوم هو تحديد معنى أو مدلول مجرد، في حين أن المصطلح هو ما اصطلح عليه، أو اتفق عليه، لتحديد شيء معين، وما يتعلق به.

١ . ١ المفاهيم الخاصة بالخدمة الاجتماعية

١ . ١ . ١ الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات:

الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات Social Work in Drug Addiction Practice هو مجال من مجالات الخدمة الاجتماعية، الذي يتطلب وجود أخصائي اجتماعي مهني، يستخدم معارف الخدمة الاجتماعية ومبادئها وقيمتها، ويوظف مهارات الممارسة المهنية للعمل على مستوى الوحدات الكبرى macro level والوحدات الصغرى micro level لارتباط الإدمان بمشكلات فردية وأسرية وجماعية ومجتمعية، سببها إدمان المسكرات أو المخدرات أو المؤثرات العقلية.

١ . ١ . ٢ العلاج السلوكي: Behavior Therapy

يستخدم العلاج السلوكي بشكل واسع في مصحات علاج الإدمان . حيث يقوم على نظرية أن السلوك الخاطيء يرجع إلى تعلم وتكيف خاطئين ، وعلى ذلك فالعلاج يكون هدفه إزالة السلوك الخاطيء وإعادة التعلم والتكيف .

١ . ١ . ٣ إدارة الحالة: Case Management

هو إجراء يهدف إلى تنسيق جميع أنشطة المساعدة لمصلحة عميل ، أو مجموعة من العملاء . وهذا الإجراء يساعد جميع العاملين في مؤسسة واحدة ، أو مجموعة مؤسسات على تنسيق جهودهم لخدمة عميل من خلال العمل الجماعي . وتتضمن عملية إدارة الحالة مراقبة ومتابعة جميع التطورات التي تحدث للعميل نتيجة تقديم الخدمات ، والبحث عن الحالات واكتشافها ، والقيام بعملية التقدير وإعادة التقدير^(١) .

١ . ١ . ٤ مؤتمر الحالة: Case Conference

اجتماع مجموعة من المختصين لمناقشة مشكلة أحد العملاء . وتدور المناقشة عادة حول جوانب مختلفة منها أسباب المشكلة ، والعوامل المرتبط بها ، والأهداف العلاجية المقترحة ، وأساليب التدخل . ومن الأعضاء المشاركين في مؤتمر الحالة الأخصائيون الاجتماعيون ، والمتخصصون الآخرون العاملون داخل المؤسسة ، ويمكن أن يشارك خبراء من خارج

(1) Ibid. p. 20.

المؤسسة، كما يمكن أن يشارك بعض أفراد أسرة العميل وأقاربه باعتبارهم مصدرراً للمعلومات، أو مورداً للمساعدة^(١).

١ . ١ . ٥ توجيه الأسئلة: Questioning

أداة أو وسيلة أساسية في مقابلات الخدمة الاجتماعية، وإجراء منظم يعتمد عليه الأخصائي الاجتماعي في طلب المعلومات والحصول عليها من العميل، وأسلوب لتوجيه العلاقة المهنية، ومساعدة العميل لفهم نفسه، وتعلم مهارات جديدة، والتعبير عن مشاعره، وتوجيهه للتركيز على جوانب الاهتمام في مشكلته. والأسئلة نوعان:

١- الأسئلة المباشرة التي تجبر العميل على التحدث في موضوع محدد، وعادة ما تكون الموضوعات التي يتجنب العميل التحدث عنها أو التي يختصرها. والأسئلة المباشرة قد تكون مغلقة (مثل: منذ متى وأنت تتعاطى المخدرات؟ أو من أين تأتي بالنقود التي تشتري بها المخدر؟). أو أسئلة مفتوحة (مثل: كيف ترى أن المخدر أثر على حياتك؟).

٢- الأسئلة غير المباشرة التي تتيح للعميل حرية الإجابة (الإجابة على السؤال أو رفض الإجابة). والمرونة في طريقة الإجابة (حسب الطريقة التي يفضلها العميل أو التي تتفق مع قدراته). وتمنع الإحراج والشعور بالخجل والارتباك (لا تسبب ضغوط على العميل أو أن الضغوط الناجمة عنها تكون أقل من الضغوط الناجمة عن الأسئلة المباشرة) ومن الأسئلة غير المباشرة تعليق الأخصائي الاجتماعي بقوله: «لابد أن يكون صعباً أن تعمل طوال اليوم ثم تساعد أبناءك في دراستهم؟»^(٢).

(1) Ibid. pp. 19-20.

(2) Ibid. pp. 133-134.

١ . ١ . ٦ الحيل الدفاعية: Defense Mechanism

هي عمليات نفسية يلجأ إليها المدمن لحماية نفسه من القلق ، ومشاعر الذنب ، والأفكار غير المقبولة . ومن هذه العمليات الإنكار والتجنب والتحول والتجاهل والإزاحة والمبالغة والعزل والنفي والإسقاط والكبت الأولي والثانوي والنكوص والتوهم والتعويض والتسامي والعدوان^(١) .

١ . ١ . ٧ خطة الخروج: Discharge Planning

نوع من الخدمات الاجتماعية التي تقدم في مصحات علاج الإدمان بهدف مساعدة المدمنين على الاستفادة من الخدمات والبرامج ، أو الموارد البديلة خارج المصحة ، أو مساعدتهم لرعاية أنفسهم بعد الخروج . ويمكن تلخيص أهداف خطة الخروج في التالي :

١ - مساعدة المدمن ومن لهم علاقة به أو بالمشكلة على فهم طبيعة المشكلة وآثارها .

٢ - توضيح دور كل منهم في العملية العلاجية .

٣ - ترتيب أو توفير الرعاية اللاحقة .

وقد وصفت لجنة الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين (اتحاد المستشفيات الأمريكية) خطة الخروج بما يلي : التخطيط الناجح لخروج المريض من المستشفى ، وهي عملية مركزة ومنظمة تعتمد على العمل الفريقي بحيث تضمن استمرارية توفير الرعاية اللاحقة لكل مريض . وهذه الخطة ينبغي أن تعكس احتياجات المريض الطبية والنفسية والاجتماعية ، خاصة

(1) Ibid. p. 39.

احتياجات المريض المباشرة (التي يحتاج إليها بعد الخروج مباشرة) للتخفيف من مشاعر الخوف والقلق التي تنتاب كثير من المرضى نتيجة الخروج من المستشفى (كرفض المدمن الخروج من المصححة خوفاً من المجتمع الخارجي - خوف من المواجهة - أو الخوف من الانتكاسة كخوف مبالغ فيه ، أو خوف حقيقي نتيجة الشعور بالضعف أمام المخدر). و خطة الخروج هي عملية تعاونية (مشتركة) يشترك في وضعها كل من الفريق العلاجي والمدمن وأسرته ، وذلك بهدف ضمان توفير الخدمات الملائمة التي تساعد على استمرارية توفير الخدمات وتحسين الدور الذي تم إنجازه في المصححة .

١ . ٢ . المفاهيم الخاصة بالعقاقير والمواد المخدرة

١ . ٢ . ١ المخدرات : Narcotics

هي مواد كيميائية تسبب النعاس أو النوم- غير الطبيعي- أو غياب الوعي لتسكين الآلام . لذلك لا تعتبر المنشطات وعقاقير الهلوسة مخدرات ، بينما يعتبر الخمر والكحول من المخدرات .

١ . ٢ . ٢ العقاقير : Drugs

هي المواد التي تؤثر بحكم طبيعتها الكيميائية على بنية الجسم ووظائفه .

١ . ٢ . ٢ . ١ Psychotropic Substances: المواد النفسية

هي مواد طبيعية أو مصنعة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي ، وتؤثر على النشاط العقلي لدى متعاطيها .

١ . ٢ . ٢ . ٢ . المنومات والمهدئات : Tranquilizers & Hypnotic

هي المواد التي تنتمي إلى مجموعة المواد الكيميائية المصنعة التي تؤدي إلى الهدوء والسكينة أو النعاس . وتستخدم في الأغراض الطبية كعلاج لحالات الصداع والأرق ، أو للتخدير العام للجسم أثناء بعض العمليات الجراحية . والمهدئات لا تؤثر على المخ بكاملة بل يقتصر تأثيرها على أجزاء معينة من المخ خاصة تلك التي لها علاقة بالانفعالات ووظائف الأحشاء ، كالتنفس والقلب والغدد الصماء .

١ . ٢ . ٢ . ٣ . المثبطات T

هي المواد التي تحدث بطئاً ، أو نقصاناً في وظائف الجهاز العصبي المركزي ، مما يؤدي إلى بطء ونقصان في بعض الوظائف الأخرى في الجسم ، كالبطء في التفكير وفي الكلام ، وكسل في الحركة واسترخاء العضلات ، وهزال عام ، وضعف التنفس ، وانخفاض في ضغط الدم . فيشعر المتعاطي أو المدمن بالخمول أو النعاس أو النوم .

١ . ٢ . ٢ . ٤ . المنبهات/ المنشطات : Stimulant

المنبهات عكس المثبطات ، حيث أن المنبهات تؤدي إلى زيادة وظائف الجهاز العصبي المركزي مما ينتج عنه سرعة ، أو زيادة في بعض وظائف الجسم الأخرى ، فتؤدي إلى السهر والنشاط الزائد ، واشتداد العضلات وسرعة في الكلام والحركة ، مع زيادة في التنفس وارتفاع في ضغط الدم .

١ . ٢ . ٢ . ٥ . المهلوسات : Hallucinogens

هي المواد التي تؤدي إلى عدم اتزان في العقل ، فتحدث تصورات وتخيلات وأحلام وهلاوس بصرية أو سمعية أو شمعية أو جميعها .

١ . ٢ . ٢ . ٦ المذيبات الطيارة: Sedative Hypnotic / Inhalants

هي المواد التي تحتوي على هيدروكربون (فحوم مائية) وتؤثر على المخ والكبد والرئتين ، ويتم تعاطيها عادة عن طريق الاستنشاق فتحدث استرخاء ودوخة ، وفي بعض الأحيان هلاوس^(١) .

١ . ٢ . ٣ الكوكايين: Cocaine

عقار مخدر - محرم وغير مشروع - يستخرج من نبات الكوكا ، يمنح متعاطيه الشعور بالنشاط والخفة والطاقة والتغير والثقة والحساسية الزائدة ، ويعرف هذا المخدر بأسماء أخرى منها «كوك» مشتق من كوكايين ، و «سنو» مشتق من اللون . ويتم تعاطيه عادة عن طريق الشم ، أو التدخين ، وفي بعض الأحيان عن طريق الحقن مع خلطة ببعض المواد المخدرة الأخرى كالهروين . ويرى كثير من المختصين أن الكوكايين لا يسبب الإدمان الجسدي ، ولكنه يسبب الاعتماد النفسي . وإدمان الكوكايين يؤدي إلى تدهور الجهاز العصبي ، وتدهور الحالة الصحية بشكل عام . ومن الناحية النفسية يؤدي إدمان الكوكايين إلى البارانونيا أو الهذاء ، والاكتئاب ، والهلوسة^(٢) .

١ . ٢ . ٤ الكوديين: Codeine

مخدر مشتق من المورفين يعمل على تهيبط الجهاز العصبي المركزي ، وهو عقار مسكن يوصف طبيياً في بعض الأحيان ، كما يوجد في مكونات

(١) مركز أبحاث مكافحة الجريمة (١٩٨٥م) . المخدرات والعقاقير المخدرة . الرياض : مركز أبحاث مكافحة الجريمة ، وزارة الداخلية . ص ٢١ .

(2) Ibid. p. 26.

بعض العقاقير كشراب الكحة . والكوديين قابل للإدمان إذا استخدم بصفة مستمرة لفترة زمنية طويلة^(١) .

١ . ٣ . المفاهيم الخاصة بإدمان المخدرات

١ . ٣ . ١ الإدمان: Addiction

المدّامة على تعاطي مادة أو مواد معينة ، أو القيام بأنشطة محددة لمدة زمنية طويلة بقصد الدخول في حالة من النشوة أو إبعاد الحزن والاكتئاب . والإدمان يعني أيضاً الاعتماد الفسيولوجي (العضوي) على المواد الكيميائية ، الذي يؤدي بالشخص إلى عدم القدرة على مقاومة الامتناع عن تناولها ، مما ينتج عنه ظهور أعراض المنع (الأعراض الانسحابية) عليه في حالة عدم الحصول عليها ، ومن المواد القابلة للإدمان الكحول والتبغ والنيكوتين وأنواع عديدة من العقاقير المهدئة والمخدرة^(٢) .

١ . ٣ . ١ . ١ إدمان المخدرات: Drugs Addiction

الاستعمال أو الاستهلاك المتكرر للعقاقير أو المواد المخدرة الذي يؤدي استعمالها إلى الاعتماد الجسدي ، حيث يعتمد الجسم على هذه المواد في أداء وظائفه بصورة مريحة ، وفي حالة منع أو امتناع الشخص عن تعاطي هذه المواد تظهر عليه أعراض المنع . وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) الإدمان بأنه حالة من التخذر الوقتي أو المزمّن ، تضر بالفرد والمجتمع ،

(1) Idem.

(2) Robert L. Barker (1987). The Social Work Dictionary. NASW, Washington DC. Silver Spring, Maryland, p. 3.

يحدثها الاستهلاك أو الاستعمال المتكرر للعقار أو المخدر الطبيعي أو المركب . وتتسم بالرغبة الغالبة والحاجة القهرية إلى الاستمرار في تعاطي المخدر ، والحصول عليه بأي وسيلة ، والميل إلى زيادة الجرعة ، والاعتماد نفسياً وبدنياً عليه^(١) .

١ . ٣ . ١ . ٢ المدمن Addict:

هو الشخص الذي يتعود على تعاطي عقار معين مثل الكحول أو المخدرات ، وفي حالة توقف تعاطيه يشعر بحالة من الاضطراب النفسي والجسمي ، حتى يتناول جرعة من المادة التي تعود عليها .

١ . ٣ . ١ . ٣ مدمن الكحول Alcoholic:

هو من يتعاطى الكحول بشكل مستمر بسبب اعتماده الفسيولوجي على الكحول ، بحيث يفقد سيطرته على الكحول سواء السيطرة في الكمية أو الوقت ، ويظهر عليه الاضطراب العقلي ، أو الاضطراب في الصحة الجسمية والعلاقات الاجتماعية والأوضاع الاقتصادية .

١ . ٣ . ١ . ٤ متعاطي الكحول Alcohol User:

هو من يتعاطى الكحول من غير ارتباط فسيولوجي على الكحول ، بمعنى أنه عندما

يتوقف عن تعاطي الكحول لا تحدث لديه أعراض انسحابية ، ويتميز بامتلاكه سيطرة تعاطي الكحول^(٢) .

(1) Ibid. p. 45.

(٢) سامي عبدالعزيز الدامغ (٧٩٩١م) . تصنيف مدمني الكحول في المملكة العربية السعودية . الرياض : مركز أبحاث مكافحة الجريمة ، وزارة الداخلية . ص ٣٦ .

١ . ٣ . ١ . ٥ مسيء استخدام الكحول: Alcohol Abuser

هو من يتعاطى الكحول من غير ارتباط فسيولوجي ، ولكنه يتعاطاه بشكل غير متزن سواء في الكمية ، أو الوقت ، أو طريقة التعاطي^(١) .

١ . ٣ . ١ . ٦ الجرعة: Dose

هي كمية المادة المخدرة التي يتعاطاها المدمن في كل مرة من مرات التعاطي .

١ . ٣ . ١ . ٧ التسمم أو السكر: Intoxication

هي حالة السكر الناجمة عن تعاطي مواد كحولية أو مخدرة ، ينجم عنها سلوكيات غير طبيعية غالباً ما تتمثل في : تدني في مستوى الأداء الوظيفي ، والصحوة أو الانتعاش المؤقت ، والضعف الحركي ، والعجز عن إصدار الأحكام ، والكلام غير الواضح أو غير المتزن ، والكسل في أداء الوظائف والالتزامات الاجتماعية .

١ . ٣ . ١ . ٨ الاعتماد على المخدر: Drug Dependence

إساءة استعمال أو استهلاك المواد المخدرة والاعتماد عليها ، بحيث تؤدي إلى الإدمان أو الاعتياد .

١ . ٣ . ١ . ٩ الاعتماد الجسمي: Body Dependence

هي حالة تعني تكيف الجسم واعتماده على عقار معين ، ويسمى اعتماداً

(١) سامي عبدالعزيز الدماغ (المرجع السابق) . ص ٣٦ .

عضوياً، حيث يؤدي الانقطاع عنها إلى ظهور أعراض أليمة على الجسم تعرف باسم أعراض الانسحاب^(١).

١ . ٣ . ١ . ١٠ الاعتماد النفسي: Psychological Dependence:

حالة تعني الشعور النفسي بالارتياح نحو عقار معين، ينتج عنها دافع نفسي لتناول ذلك العقار لتحقيق الارتياح أو للشعور باللذة أو لتجنب القلق؛ كما أن هناك علاقة وثيقة بين الاعتماد الجسمي (العضوي) والاعتماد النفسي^(٢). وعادة يحدث الاعتماد النفسي قبل الاعتماد الجسمي.

١ . ٣ . ١ . ١١ الاعتماد الاجتماعي: Social Dependence:

هو الاستمرار في تعاطي مادة معينة، في مناسبات اجتماعية معينة، كالزواج، أو الأعياد، أو ما شابهها، وغالباً ما يكون دافعها الشعور بالسعادة، والمتعة^(٣).

١ . ٣ . ١ . ١٢ الاعتماد الجبري: Dependence:

هو الاستمرار في تعاطي عقار معين لسبب طبي، خارج عن إرادة الشخص المتعاطي^(٤). وهو يعمل على إحداث الشغف بالمادة المخدرة، وكذلك الاحتمال لزيادة الجرعة، وحدوث الأعراض الانسحابية عند إيقاف، أو تخفيف المادة المخدرة.

(1) Kramer, J. & Cameron, D. (1975). A manual on Drug Dependence, Geneva: WHO. p. 15.

(2) Idem.

(٣) سلوى علي عثمان (١٩٨٩م). الإسلام والمخدرات: دراسة سسيولوجية لأثر التغير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات. القاهرة: مكتبة وهبة. ص ٣٢.

(٤) سلوى علي عثمان (المرجع السابق). ص ٢٣.

١ . ٣ . ١ . ١٣ : Drug Habitation: الاعتياد على المخدر

الاعتياد أو التعود على المخدر يختلف عن الإدمان، فالاعتياد حاجة «سيكولوجية» نفسية إلى المخدر تؤدي إلى الاعتماد النفسي، أو عدم الراحة النفسية في حالة الانقطاع عن تناول المخدر. أما الإدمان فحاجة «فسيولوجية» جسمية. والاعتياد أو التعود على العقاقير ينتهي إلى الاضطراب النفسي، دون أن تظهر على المتعاطي أعراض الانسحاب.

١ . ٣ . ٢ : Substance Abuse: سوء استعمال المواد المخدرة

اضطراب مرتبط بالاستعمال غير الصحي للكحول أو المواد المخدرة الأخرى، يصل الفرد إلى مرحلة الاضطراب إذا مضى على استخدامه لهذه المواد مدة طويلة، أو واجه مشكلات اجتماعية أو قانونية أو وظيفية - مع عمله إذا كان موظفاً - نتيجة تعاطيه للمواد المخدرة ووصل إلى مرحلة الاعتماد النفسي على المخدر - وهي رغبة الاستمرار في تعاطي المخدر وعدم القدرة على التخلص من هذه الرغبة^(١).

١ . ٣ . ٣ : Craving: الاشتياق

مصطلح يشير إلى حالة الرغبة إلى التعاطي. ويأتي الاشتياق في صور مختلفة، وهي دعوة إلى تعاطي المادة المدمن عليها (النوع)، وبنفس المقدار (الكمية)، وبنفس الطريقة (طريقة التعاطي). والاشتياق يظهر حينما يتجاوز المدمن الوقت الذي يتعاطى فيه، كأن يتعود على تعاطي جرعة الهيروين يومياً فيبقى أكثر من يوم دون تعاطي.

(١) مركز أبحاث مكافحة الجريمة (مرجع سابق). ص ٢٢.

والاشتياق يكون حاداً ومتكرراً في بدايات التوقف ، ولكنه يتناقص ويقل تدريجياً مع طول فترة التوقف عن التعاطي .

١ . ٣ . ٤ الأعراض الانسحابية (أعراض المنع): **Withotvawal Syndromes:**

أعراض المنع هي مجموعة من الاستجابات الجسمية والنفسية الناجمة عن منع أو امتناع الفرد عن تعاطي المواد المخدرة بعد إدمانها، تحدث للمتعاطي في الأيام الأولى من التوقف عن التعاطي . بحيث يكون الجسم قد تعود على المخدر ولا يستطيع أن يؤدي وظائفه بدون مخدر . وتتباين الأعراض الانسحابية فيما يتعلق ببداية ظهورها على المدمن ، حسب نوع المخدر، بالإضافة إلى عوامل أخرى، إلا أنها تتراوح بين (٦ - ٦٩ ساعة) . وقد تمتد إلى أكثر من ذلك بكثير . وتعرف حدة الاشتهاق من خلال القلق واضطراب النوم لدى المؤمن . وتتكون الأعراض الانسحابية من الآتي :

١ - زيادة في ضربات القلب .

٢- رعشة جلدية وفي العضلات والأطراف ، وعادة تحدث في الصباح .

٣- الغثيان والتقيؤ .

٤- الإسهال .

٥- التعرق .

٦- قلة في النوم .

٧- رشح الأنف .

٨- فقدان شهية الأكل .

٩- هلاوس (في بعض الحالات) .

وجميع هذه الأعراض تسمى بعوارض النقص withdrawal syndrome ولا يشترط اجتماعها معاً.

١ . ٣ . ٥ الاحتمال (الاحتمالية): Tolerance:

هي حالة التدني التدريجي في تجاوب الجسم مع مفعول المخدر، نتيجة التعاطي بصورة مستمرة، بحيث لا يتكيف الجسم مع الكمية السابقة، مما يقتضي زيادات في الجرعة بعد فترات من الاستمرار في التعاطي للحصول على النتيجة التي يطلبها الجسم^(١).

١ . ٥ . ٣ تحمل متعد: Cross-tolerance:

التحمل المتعدي يعني امتداد أثر الاحتمال من مادة مخدرة إلى مادة أو مواد مخدرة أخرى، ويحدث عادة ذلك مع المواد ذات التأثير المتشابه، كأن يمتد احتمال مدمن الكحول ليكون تحملاً متعدياً لأنواع الباربيتورات، أو أن يمتد احتمال مدمن الهيروين ليشمل المورفين، أو العكس من ذلك^(٢).

١ . ٥ . ٢ الهلوسة: Hallucination:

إدراك خيالي لبعض الظواهر والموضوعات وأشياء غير موجودة في الواقع، وتعتبر عرضاً من أعراض الذهان. ومن أنواع الهلوسة ما يلي:

١- هلوسة سمعية: تقتضي سماع أصوات غير موجودة حقيقة، وهي أكثر أنماط الهلوسة شيوعاً وأبسط أنواعها الأزيز أو الجرس في الأذنين، وقد تكون أصواتاً متعالية أو متهكمة أو مضطهدة.

(1) Robert L. Barker. Op, cit, p. 160.

(2) Kramer, J. & Cameron, D. Op, cit, p. 16.

٢- هلوسة بصرية: تحدث في شكل ومضات ضوء ولون، أو عدم قدرة على تمييز الاتجاهات .

٣- هلوسة شمّية: وهي نادرة حيث يشم المريض روائح كريهة أو غازات .

٤- هلوسة لمسية: كأن يحس المريض بأن شيئاً يزحف تحت جلده أو أن أحداً يعذبه^(١) .

١ . ٣ . ٥ . ٣ . الانتكاسة: Relapse

هي العودة مرة أخرى إلى تعاطي نفس المخدر بعد فترة توقف أو انقطاع عن المخدر تسمى فترة علاج . فهي إخفاق في العلاج وليس فشل في الشفاء أو التعافي .

١ . ٤ . المفاهيم الخاصة بعلاج الإدمان وما يتعلق به

مزمن: Chronic

وضع مشكل، أو سلوك غير سوي، أو حالة مرضية تستمر لفترة زمنية طويلة .

ويعتبر كثير من المختصين أن المشكلات التي تستمر لمدة ستة أشهر فأكثر مشكلات مزمنة، والتي تستمر لمدة أقل من ستة أشهر مشكلات حادة^(٢) .

(1) Robert L. Barker. Op, cit, p. 68.

(2) Robert L. Barker. Op, cit, p. 24.

١ . ٤ . ١ العلاج بالميثادون: Methadone Treatment

الميثادون مادة صناعية مخدرة تستخدم لعلاج مدمني الهيروين . والميثادون يساعد على منع ظهور أعراض المنع ، وإعاقة تأثير الهيروين ، كما يعمل على تخفيف الألم والشعور بعدم الراحة الناجمة عن انقطاع تعاطي الهيروين . والميثادون مادة قابلة للإدمان ، ولكن تأثير منعها عن الفرد أخف من تأثير منع الهيروين . ويعطى الميثادون تحت إشراف الطبيب المعالج ، ويعتمد نجاح استخدام الميثادون كطريقة علاجية بدرجة كبيرة على تزامن استعمالها مع توفير العلاج النفسي والاجتماعي للمريض^(١) . وتتراوح جرعة الميثادون من (٥ - ٢٠) ملجم يومياً ، لمدة (٤ - ٦) أسابيع تقريباً .

١ . ٤ . ٢ العلاج بالإبر الصينية: Auricular Acupuncture Therapy

تستخدم الإبر الصينية لعلاج أمراض كثيرة . ويرجع تاريخ الإبر الصينية إلى أكثر من ٢٥٠٠ سنة ، حيث كان الصينيون يعالجون كثير من الأمراض عن طريق الوخز بالإبر في مناطق محددة من الجسم . ويعتمد هذا النوع من العلاج على نظرة فلسفية طبية خاصة ، حيث يرى الأطباء الصينيون بأن هناك قوى حيوية في الجسم هي المسؤولة عن الصحة والمرض . وفي مجال إدمان المخدرات يستخدم العلاج بالإبر الصينية على نطاق واسع ، حيث تثبت الإبر المعدنية في مناطق محددة من الأذن - حوالي خمسة أماكن في كل أذن - لمدة ٤٥ دقيقة ، يكون المريض خلالها في وضع استرخاء تام ، غالباً يكون ذلك بعد استيقاظه من النوم في الصباح . ويرى بعض الأطباء في الغرب بأن العلاج بالإبر الصينية يدخل ضمن فكرة الإيحاء النفسي .

(1) Ibid. p. 98.

١ . ٤ . ٣ العلاج بالعمل: Occupational Therapy

هو أسلوب علاجي يستخدم في مجالات متعددة منها مجال إدمان المخدرات . يقوم به مختص يسمى أخصائي العلاج بالعمل ، يكون مؤهلاً علمياً وعملياً لهذا المجال . ويهدف العلاج بالعمل في مجال الإدمان إلى :

- ١ - مساعدة المدمن للتعبير عن نفسه والتنفيس عن ما في داخله .
- ٢ - التعرف على كوامن المدمن واتجاهاته .
- ٣ - تقليل أو تصحيح التغييرات الخاطئة .
- ٤ - إحياء وتعزيز ودعم الأداء الاجتماعي للمدمن .
- ٥ - تسهيل تعلم المهارات والمهن اللازمة للإنتاج .
- ٦ - الارتقاء بالصحة الجيدة والمحافظة عليها .
- ٧ - إشغال وقت المدمنين بأنشطة مفيدة .

١ . ٤ . ٤ طريقة تعديل العمليات العضوية: Biofeedback

هو أسلوب من الأساليب العلاجية المستخدمة في مصحات علاج الإدمان . ويقوم هذا الأسلوب على تدريب الأفراد على تعديل العمليات العضوية الداخلية ، مثل نبضات القلب ، وضغط الدم ، والتوتر أو الشد العضلي ، والأنشطة الدماغية ، عن طريق الملاحظة والمراقبة الذاتية ، وعادة ما تستخدم أدوات وأجهزة ميكانيكية mechanical instruments لتزويد المدمن بالمعلومات المتصلة بالتغييرات التي حدثت في عملية أو أكثر من العمليات العضوية المستهدفة ، ثم يقوم المعالج بمساعدة المدمن للتحكم في هذه العمليات ، وتوضيح الأسلوب المستخدم في إنجاز التعديل ، وتعليمه طريقة استخدامه لكي يصبح قادراً على تطبيقها وقت الحاجة .

١ . ٤ . ٥ الفطام: Abstention

هو إيقاف المدمن عن تعاطي المخدر . وهي عملية إجبارية تتم عادة في مصحات علاج الإدمان ، وفقاً لأسلوب علاجي معيّن يمنع من ظهور الأعراض الانسحابية^(١) .

١ . ٤ . ٦ الناقه من الإدمان: Rehabilitation Period

الناقه من الإدمان هو الشخص الذي تلقى العلاج في مصحة متخصصة في علاج الإدمان ، ولديه الرغبة في التوقف عن التعاطي ، ولكن لا يزال في حاجة إلى تأهيل ، ليمارس دوره الاجتماعي في الحياة الطبيعية^(٢) .

١ . ٤ . ٧ الجهاز العصبي المركزي: Center Nervous System

هو الجهاز الرئيس الذي يتحكم في كافة وظائف الجسم الإرادية وغير الإرادية كالنوم واليقظة والإبصار والحركة والتفكير والإحساس . ويشتمل الجهاز العصبي المركزي على المخ والمخيخ والنخاع المستطيل والحبل الشوكي . والمخ والمخيخ والنخاع المستطيل يكونان في داخل الجمجمة وبها مراكز الكلام والحركة والتنفس والتفكير والإحساس . أما الحبل الشوكي فيخرج من الجمجمة إلى داخل العمود الفقري (في الظهر) ويحتوي على مجموعة من الأعصاب الحسية والحركية التي تتفرع لتخرج من بين الفقرات إلى جميع أجهزة الجسم لتوصيل الإشارات العصبية الصادرة من المخ إلى

(١) مركز أبحاث مكافحة الجريمة (مرجع سابق) . ص ٢٥ .

(٢) علي الدين السيد محمد (١٩٨٨م) . دور الأسرة في رعاية الناقهين من إدمان المخدرات . المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلات الإدمان : الوقاية ، العلاج ، المتابعة . القاهرة : جامعة الدول العربية . ص ١٠١ .

أجهزة الجسم ، أو الواردة إلى المخ من أجهزة الجسم . ويقسم الجهاز العصبي المركزي من الناحية الوظيفية إلى قسمين الجهاز العصبي الذاتي أو المستقل ، والجهاز العصبي الإرادي . والجهاز العصبي المركزي جهاز معقد والتأثير عليه يؤثر على باقي أجهزة الجسم الأخرى .

١ . ٤ . ٨ المرض النفسي : Psychological Disease

ينتشر المرض النفسي بين المدمنين فأحياناً يكون المرض النفسي سبباً في الإدمان ، وأحياناً أخرى يكون نتيجة من نتائج الإدمان .

وتنقسم الأمراض النفسية إلى أقسام عديدة أهمها :

أ- ذهانية : ومن خصائصه أن المريض لا يعتقد بأنه مريض . ومرض الذهان يشيع بين مستخدمي الكحول . والذهانية تنقسم إلى

١- الفصام الذهاني . (وأنواعه أربعة : البسيط ، الكاتاتوني ، الهذائي ، التوحدي . والنوع الرابع هو الذي تحدث معه الهلاوس) .

٢- الذهان الدوري .

٣- الاكتئاب الذهاني (وله ثلاثة مستويات الخفيف ، والحاد ، والذهول الاكتابي) .

ب- عصابية : ومن خصائصه أن المريض يدرك بأنه مريض (لديه اتصال بالواقع) . والعصابية تنقسم إلى :

١- القلق (ويندرج تحته الوسواس القهري والمخاوف بأنواعها) .

٢- الاكتئاب العصابي (يتميز بأنه أقل من الاكتئاب الذهاني ، كما أنه يكون نتيجة ظرف معين كالقلة في التكيف مثلاً) .

٣- العصاب الهستيرى .

١ . ٤ . ٩ الشخصية السيكوباتية: Psychopathic Personality

مصطلح السيكوباتي مصطلح غير دقيق ، وكثيراً ما يوصف به الشخص المريض عقلياً . والمصطلح مشتق من علم النفس المرضي psychopathology وفي السابق كان المصطلح يشار به إلى الشخص الذي يعاني من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع .

ولمعرفة الشخص السيكوباتي نحاول التعرف على أربعة أشياء في سن مبكرة ولتكن سن المراهقة ، وهذه الأشياء هي :

١ - عدم الاهتمام بالقيم الاجتماعية .

٢ - عدم الاهتمام بالأسرة .

٣ - تعاطي المخدر في سن مبكرة .

٤ - عدم المبالاة ، وعدم وجود العاطفة .

وتمثل الشخصية السيكوباتية (٣٥ - ٦٠٪) من المتعاطين للمخدرات . وتتميز الشخصية السيكوباتية بأنها تتعاطى أكثر المواد ترحيماً ، كما أنها غير راضية عن حياتها .

١ . ٤ . ١٠ السعادة الكاذبة: Euphoria

هي الإحساس بالنشوة ecstasy من جراء مفعول المخدر بحيث تفقد الشعور بالواقع ، فهي نشوة حقيقية ولكن سميت بالسعادة الكاذبة لأنها تحجب تفكير متعاطي المخدر عن الواقع ، وما يدور حوله ، إلى أن يزول مفعول المخدر فيبدأ بالإحساس والشعور بالأشياء المحيطة من حوله^(١) .

(1) Ibid. p. 51.

من خلال العرض السابق الذي اعتمدنا فيه على تقسيم المفاهيم والمصطلحات إلى مجموعات، نعتقد بأن تلك المجموعات هي ما تستحق الإيضاح بشكل مستقل، وليس في متن الكتاب، لا سيما وأن بعضها ربما لن يرد كثيراً خلال الفصول القادمة، ومع ذلك تبقى الضرورة ملحة لإيضاحها للقارئ، ولو بشكل موجز كما سبق.

الفصل الثاني

الجدور التاريخية للمخدرات وإدمانها

الجدور التاريخية للمخدرات وإدمانها

حينما نريد أن نتحدث عن شيء، وبشيء من الاستطراد فمن الأفضل تناوله من بداياته. وفي هذا الفصل الذي سنتناول فيه المخدرات والإدمان بشكل منفصل، سنتكلم عنهما من خلال الجدور التاريخية لهما. والحقيقة أن تاريخ المخدرات موضوع ثري يستحق الوقوف والتمعن، لا سيما وأن الكتابة عنه متوفرة، على خلاف تاريخ معالجة الإدمان.

٢ . ١ تاريخ المخدرات

في دول كثيرة من هم يعتقدون بأن العقاقير وتعاطيها بدأ حديثاً، إلا أن الحقيقة تؤكد بأنه منذ أن وجد الإنسان على الأرض وهو يحاول أن يغير من حالته المزاجية، ولكن في السابق كانت الكثير من العقاقير الحالية غير موجودة.

والقدماء كانوا يستخدمون النباتات الموجودة في الغابات لمعالجة المرض العضوي لديهم، أو لتخفيف إصابات الحروب والمعارك وإصابات العمل، وعن طريق هذه النباتات اكتشفوا أن هناك بعض النباتات التي من شأنها تغيير الحالة المزاجية. وعن طريق المحاولة والخطأ (التجريب) استطاع القدماء أن يميزوا بين أنواع النباتات التي تخدر، واستخدموها في بعض طقوسهم الدينية لتغيير الحالة المزاجية في الأوقات التي يرغبونها. وبعد الاكتشافات العلمية، وتطور علم الطب والصيدلة، اكتشفت أنواع كثيرة من المخدرات لم يخطر على البال بأنها يمكن أن يكون لها خاصية الإدمان، وبهذا القدر من الخطورة، ولعل من أقربها مثلاً العقاقير المهدئة tranquilizers والعقاقير المنومة barbiturates والعقاقير المنشطة amphetamines.

وأول من أستخدم الأفيون (شجرة الخشخاش) هم المصريون القدماء، وقد وضعوا هذه المادة في صورة محلول لإعطائه الأطفال كثيري الحركة ليجعلهم هادئين، وقد كان الأفيون غير معروف بأن له صفة إدمانية، بل كان يستخدم فقط لجعل الإنسان هادئ، حيث كان يستخدم عن طريق الفم فكان تأثيره الإدماني أقل، وعندما بدأ المكتشفون الجدد في قارة أمريكا الشمالية في إحضار التبغ إلى الصين وقارة آسيا بصفة عامة، وبعد منع تدخين التبغ في ذلك الحين اتجه الصينيون إلى تدخين الأفيون مرة أخرى، حيث اتجهت الشركة الهندية الشرقية (شركة بريطانية) بتصدير الأفيون كبديل عن التبغ إلى الصين وبكميات كبيرة، إلى أن أحس الإمبراطور الصيني بخطر هذا العقار فمنعه وأصدر قرار حظره (١٧٩٦م) وأغلقت جميع المنافذ أمام تجارة الأفيون في الصين. وهنا بدأت الحكومة البريطانية بشن حرب على الصين وذلك فيما سمي بحرب الأفيون، وأعقب ذلك قيام الحكومة البريطانية بفرض بعض الشروط على الصين ومنها أن تفتح الصين منافذها لتجارة الأفيون، وأن تأخذ الحكومة البريطانية مقاطعة هونج كونج (١٨٤٢م). وبعد ذلك أصبحت مشكلة تعاطي الأفيون مشكلة كبيرة حيث أنتشر الأفيون من الصين إلى بقية دول العالم، وفي الشرق الأوسط تعد تركيا في الوقت الحاضر من كبرى الدول التي تزرع الخشخاش لإنتاج مادة الأفيون.

أما مادة المورفين فقد استخلصت من الأفيون عن طريق العالم الألماني «سيرتورنر» Serturmer عام ١٨٠٣م وأصبح المورفين يؤخذ عن طريق الفم فكان تأثيره أقل. وعندما اخترعت المحاقن (الإبر) استخدم المورفين في الحقن فأظهر صفة إدمانية عالية. وعن طريق استحداث بعض النظم الصناعية أراد البعض أن يحصلوا على عقار ليس له صفة إدمانية فكان استحداث الهيروين على يد العالم الإنجليزي «رايت» (١٨٩٨م) من

مستشفى (سانت ماري) بلندن عام ١٨٧٤ م، ثم قامت شركة (باير) للأدوية بشراء حق إنتاج هذا المستحضر عام ١٨٩٨ م لتتولى نشره على أنه لا يسبب إدمان، أو على الأقل لا يسبب الإدمان بدرجة المورفين، ولسوء الحظ كان الهيروين له صفة إدمانية أقوى من المورفين ذاته. أما المواد التخليقية من مجموعة الأفيونات، فقد جاء اكتشافها بعد عام ١٩٣٦ م عندما تم تركيب مادة البيتين.

وعن المهدئات، فقد اكتشف «الفرد باير» A. Bayer مجموعة الباربيتورات عام ١٨٦٢ م وبدء الاستعمال الإكلينيكي لها عام ١٩٠٣ م على يد «فون ميرنج» V. Mering وأخذت مجموعة الباربيتورات على أنها مواد نفسية محدثة للإدمان، خلال الخمسينيات الميلادية من القرن العشرين.

وبدأ تعاطي الكحول عندما اكتشف الإنسان القديم أن الفاكهة المتساقطة من الأشجار والتي تخمرت بفعل العوامل الجوية بعد سقوطها قد تحدث تغييراً وشعوراً مزاجياً مختلفاً، وفيما بعد أخذ الإنسان هذه الفواكه متعمداً تخميرها للحصول على الكحول. وقد بدأ موضوع تخمر الفواكه فيما يعرف ببلاد السومريين (العراق وإيران)، ومنها انتقل إلى الهند والصين، ثم إلى بقية دول العالم الأخرى^(١).

وقد انتشر تخمير وتصنيع الخمور في أنحاء أوروبا وكثير من الدول الأخرى، وتحوي فرنسا وإيطاليا وأسبانيا أشهر المصانع العالمية للخمور. ويذكر بأن عملية التصنيع البدائية كانت موجودة في الجزيرة العربية قبل بعثة النبي ﷺ.

(1) Arif, A. & Westermeyer, J. (1988). Manual of drug and alcohol abuse, New York: Plenum, P. 43.

ومع التقدم العلمي والتقني في عملية التصنيع ، واستحداث أساليب التقطير وأساليب الشحن البحري وتطور وسائل المواصلات ، كل ذلك ساهم في انتشار الكحول في أرجاء العالم بصورة كبيرة . والجدير ذكره أن الكحول هو أكثر المواد تعاطياً في العالم . ففي بريطانيا على سبيل المثال بلغت نسبة مدمني الكحول عام ١٩٦٧ م ١٪ من مجموع السكان^(١) . وفي الولايات المتحدة الأمريكية يوجد أكثر من عشرة ملايين مدمن كحول^(٢) .

أما أوراق الكوكا فقد كانت تستخدم لدى الهنود قاطني أمريكا الجنوبية فيما يعرف الآن باسم (كلومبيا ، اوبيرون) ، وقد كان استخدامها مقتصرأ على منح الطاقة أثناء العمل ، على اعتقاد أنها هبة من الله ، ويجب استخدامها أثناء العمل . وعندما غزت أسبانيا أمريكا الجنوبية قام الأسبان بنشر تعاطي أوراق الكوكا ، حيث أعطوها المزارعين والعمال ليقضوا ساعات طويلة في العمل ، وهنا كان الانتشار الضار لهذا العقار ، حيث نشر الأسبان هذا العقار في أنحاء أوروبا ، إلى أن تم استخلاص مادة الكوكاين من أوراق الكوكا ، على يد العالم «نيمان» Niemann عام ١٨٦٠ م ، حيث كان الكوكاين يستخدم للأغراض الطبية ، كالتخدير الموضعي ، ثم استخدمت لغرض الحصول على النشوة العالية ، وبعد ذلك خلط مزيج كثير من المشروبات الكحولية وغير الكحولية بمادة الكوكاين التي يحتوي مشروب الكوكاكولا على نسبة ضئيلة منها ، إلى أن تم حذفها منه عام ١٨٠٣ م .

(١) صالح الشيخ كمر (١٩٨٥م) . الإدمان على الكحول . بغداد : دار الحرية . ص ٢١ .

(2) Anderson, S. (1987). Alcohol Use and Addiction. Encyclopedia of Social Work, 18 th ed, NASW, New York, P. 133.

وأما القات cathaeduils فرمما يكون أصل الكلمة مشتق من الكلمة العربية (قوت) أي ما يقتات منه، وهو الطعام- كما ورد في المنجد- أما موطنه الأصلي فهو شبه الجزيرة العربية، والفكرة الراجحة لموطنه هي الأراضي الأثيوبية، لذا يذهب البعض إلى أن كلمة (القات والقهوة) مشتقتان من أسم منطقة (قهفا) في إثيوبيا^(١). والقات هي شجرة دائمة الخضرة، يتراوح طولها بين الخمسة والعشرة أمتار، ويستخدم من الشجرة أوراقها التي على شكل بيضاوي مدبب، حيث تقطف هذه الأوراق وتمضغ في الفم، والمادة المخدرة في هذا النبات هي (القاتين) وهي العنصر الفعّال في أوراق نبات القات، وهذه المادة تتفق في تركيبها وفعالها الدوائي مع مجموعة المواد التي تتكون منها الأمفيتامينات، وهي مجموعة الأدوية المنشطة المحدثّة للإدمان؛ كما تتفق أيضاً في الآثار التي تحدثها، حيث تشمل الجانب الجسمي والنفسي، فيشعر المتعاطي بالنشاط واليقظة. ويرجع تاريخ القات إلى عام ٥٢٥م حينما أدخله الأحباش إلى أرض اليمن. وأول من وصف القات هو عالم النبات السويدي «بير فورسكال» Per Forsskal الذي توفي في اليمن عام ١٨٦٣م. وأكتشف القات في منطقة تركستان وأفغانستان حيث يورد «البيروني» في كتابه «الطب» أن القات مستورد من تركستان، وهو حامض الطعم، ويبرد الحمى. وتشير الوثائق التاريخية إلى أن القات شاع مضغه في منطقة جنوب البحر الأحمر، وبوجه خاص في اليمن والحبشة، ويرجع تاريخه إلى حوالي القرن الرابع عشر الميلادي. ولا يزال الجدل مستمراً حول موجبات حظر القات، ومع ذلك فجميع الدول

(١) دائرة البحث العلمي بالحزب الاشتراكي الثوري الصومالي (١٩٨٤م). دراسات حول القات: تأثيره الاجتماعي والاقتصادي والصحي. مقديشو: وكالة المطابع الحكومية. ص ٢٣.

المعروفة بانتشار القات فيها سواء عربية أو أفريقية، حاولت في أوقات مختلفة أن تكافح انتشاره، إلا أن هذه المحاولات لم تنجح، ربما لأن انتشار القات كان أقرب إلى الظاهرة الاجتماعية منه إلى الانتشار الوبائي الإدماني^(١).

وأما مجموعة الأمفيتامينات فيرجع تاريخها إلى عام ١٨٨٧ م حينما تمكن «إديليانو» L. Edeleano من تكوينها في المعمل، ثم تولى وصف آثارها السيكوفارماكولوجية «جوردن أليس» J. Alles عام ١٩٢٨ م وقامت الشركة الدوائية الكبرى بتسويقها للاستخدام عن طريق بخاخ الاستنشاق لمن يعانون من أغشية الأنف المخاطية، وفي عام ١٩٣٥ م صنعت المادة في شكل أقراص، واستخدمت لحالات النوم القهري، ثم شاع استخدامها لعلاج الاكتئاب وإدمان الكحول، إلى أن شاع استخدامها بشكل كبير بين الطلاب لمقاومة النوم أوقات الاختبارات الدراسية، وكذلك بين الرياضيين، وسائقي الشاحنات^(٢).

وعن المهلوسات فأول من قام بتركيب عقار LSD هو الباحث السويسري «أليرت هوفمان» A. Hofman وذلك ف معامل شركة «ساندوز» في بازل بسويسرا عام ١٩٣٨ م.

والقنب الهندي هو نبات ينمو تلقائياً، ويمكن زراعته، ويتراوح طول شجرته بين المتر والثلاثة أمتار، تبعاً لجودة الأرض والجو والماء. ومن الشجرة مذكر ومؤنث وكلاهما يحتوي على البذور، وعلى نسبة كبيرة من المخدر.

(١) مصطفى سويف (١٩٩٦م). المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. الكويت: عالم المعرفة. ص ٤٧ - ٤٩.

(٢) مصطفى سويف (المرجع السابق). ص ٥٥.

وكلمة قنب لاتينية ترجع في الأصل اليوناني إلى kovabos ومعناها (ضوضاء) ربما لما يحدثه متعاطي القنب من ضوضاء. أما كلمة حشيش فهي عربية، لأن العرب عرفوه بأنه نبات بري، ويذهب البعض إلى أن كلمة حشيش مشتقة من (شيش) العبرية الأصل التي معناها (فرح). أما الصينيون فيسمونها (مايو) ومعناها (الدواء). في حين أن الكنديين والأمريكيين يسمون الحشيش (ماريوانا) وقصد بها (المستعبد) أو النبات الذي يستعبد^(١).

وعرفت زراعة شجرة القنب الهندي (الحشيش) قبل نحو ثلاثة آلاف سنة، وذلك في الصين والهند. يروي المؤرخ اليوناني (هيرودتس ٤١٤ - ٥٢٤ ق. م) أن بعض سكان شمال البحر المتوسط كانوا يحرقون القنب الهندي لاستنشاق الأبخرة المتصاعدة منه بعد تجمعهم حوله. وقد كان الحشيش مباحاً في مصر خلال عصر المماليك بل إن الدولة كانت تحتكر تجارته آنذاك، إلى أن اكتشفوا أن الخسائر البشرية قد فاقت الأرباح المادية بكثير، حيث تحول قطاع كبير من الشعب إلى مجموعة من الكسالى معتلي الصحة، مسلوبي الإرادة، فأمر «الظاهر بيبرس» بجمع، وإحراق ما في القاهرة من حشيش، مع تحريم تجارته.

ويقال أن القنب الهندي ظهر أول ما ظهر فوق سفوح جبال الهملايا، في شمال الهند منذ ما يزيد على ٣٥ قرناً، ثم عرف القنب في أوروبا الحديثة من خلال بعض الكتابات، خلال القرن السادس عشر الميلادي، ثم بدأت الكتابات عنه كمخدر، وفي عام ١٨٤٣م دون «تيوفيل جوتيه» T. Cautier وهو أديب فرنسي تجربته مع تعاطي الحشيش، ثم في عام ١٩٤٦م كرر

(١) حسن فيح الباب، وسمير عياد (١٩٦٧م). المخدرات سلاح الاستعمار والرجعية. القاهرة: دار الكاتب العربي للطباعة والنشر، وزارة الثقافة. ص ٩-

«بودليز» C. Baudelaire نفس التجربة وكتب عنها، وفي القرن العشرين انتشر الحشيش على نطاق واسع في الولايات المتحدة الأمريكية، وذلك بسبب هجرة العمال المكسيكيين إلى أمريكا، ومع بداية الخمسينيات الميلادية من القرن العشرين بدأ منع الحشيش لتصنيفه من المخدرات، ذات التأثيرات الضارة على عقل الإنسان، والذي أثبتته كثير من الدراسات العلمية المجراة لهذا الغرض^(١).

وتثبت إحصائيات الأمم المتحدة أن تعاطي الحشيش منتشر منذ زمن بعيد في جميع بلدان العالم تقريباً. كما يذكر «المقريري» مؤرخ القرن الرابع عشر في كتابه «المواعظ والاعتبار بذكر الخطط والآثار» أن السلطان الملك الصالح نجم الدين الأيوبي أمر الأمير جمال الدين أبا الفتح موسى بن يغمور، بأن يمنع من يزرع الحشيش في البستان الكافوري، فدخل الملك ذات يوم إلى البستان فرأى من الحشيش الشيء الكثير، فأمر بجمعة وإحراقه، ثم يورد «المقريري» أنه: «في أواخر القرن الرابع عشر كان السلطان يعاقب من يأكل الحشيش بقلع أضراره» ويقول: «فخلعت أضراس كثير من عامة الشعب!» ويعد هذا النص أول نص يرد عن مقاومة زراعة الحشيش وتعاطيه^(٢). وأبن البيطار هو أول طبيب وصف التخدير الذي يحدثه القنب الهندي، النبات في مصر، في القرن السابع الهجري (١٣ ميلادي)^(٣).

(١) مصطفى سوييف (مرجع سابق). ص ٣٨-٤٤.

(٢) حسن فتح الباب، وسمير عياد (مرجع سابق). ص ١١-١٢.

(٣) سعد المغربي (١٩٨٤م). ظاهرة تعاطي الحشيش: دراسة نفسية اجتماعية. القاهرة: دار الراتب الجامعية. ص ٥٥.

ويرجع تاريخ المواد الطيارة المعروفة حالياً إلى القرن الثامن عشر ، حينما اكتشف «جوزيف بريستلي» غاز الضحك nitrous oxide عام ١٧٧٦م الذي شاع استخدامه في المناسبات ، لكونه يجلب الضحك لمستنشقيه .

٢ . ٢ تاريخ معالجة الإدمان

في العصور القديمة كان هناك إدمان على عقاقير ، وكان الناس آنذاك يذهبون إلى العلماء والمشائخ والمعالجين الشعبيين ، ولم يكن في ذلك الحين معرفة تامة عن الإدمان ، سواء على العقاقير أو على الكحول ، فكان الناس يتم إرشادهم عن طريق الوعظ وتقديم النصح ، ولكن العلاج الفعلي بدأ عن طريق الطبيب الأمريكي (روش Dr. Rush) .

وقد بدأ هذا الطبيب في العلاج المتطور للإدمان على الكحول ، حيث كان يجمع المدمنين ويعزلهم عن المخدرات كعلاج ، وبدأ في الكحول لأنه الأكثر شيوعاً . والحقيقة أنه لم ينظر إلى المخدرات بشكل عام على أنها مشكلة دولية ومتفاقمة ، تستحق العناية والاهتمام إلا مع نهايات القرن التاسع عشر الميلادي . وفي المقابل كانت طبيعة تعاطي المخدرات غامضة ومحيرة في الوقت ذاته ، فالبعض يرى بأنها رذيلة أخلاقية ، والبعض يرى بأنها مرض ، وفريق ثالث يذهب إلى أنها تعبر عن اضطراب نفسي وانحرف اجتماعي ، ومع تزايد الإقبال على تعاطي المخدرات أخذ العلماء والمفكرون يتناولونها وفقاً لتخصصاتهم واهتماماتهم ، مما لفت النظر إلى أن الأمر يتطلب تضافر الجهود ووضع الضوابط الوقائية ، والعلاجية ، تحقيقاً للأمن ، وللحفاظ على النفس البشرية ، وقد دعت حكومة الولايات المتحدة الأمريكية إلى عقد مؤتمر في مدينة (شنغهاي) عام ١٩٠٩م حضره مندوبون عن (١٣) دولة ، وقد كان لجهود هيئة الأمم المتحدة بعد ذلك دور بارز في

التنظيم الدولي لمواجهة المخدرات ، إضافة إلى جهودها في البحث العلمي لمشكلة المخدرات^(١) .

ومنذ عام ١٩١٤م عندما بدأت حرب الاستقلال الأمريكي ثم الحرب العالمية الأولى بدأ إدمان الأفيونات ، حيث أصبح كثير من الناس في ذلك الحين مدمنين على الأفيون ، وكانت المخدرات تباع في المحلات علناً . إلى أن وضع الرئيس الأمريكي (هاريسون 1914 Harrison) بعض القيود على بيع المخدرات ووضع أول مصحة لعلاج الإدمان ، وهذه المصحة لم يكن فيها نمط علاجي ، ولا يقدم للمدمنين علاج بصورة عملية بل كان العلاج مقتصرًا على العزل .

ثم استحدث نموذج (مينسوتا Minesota model) وهو النموذج الذي يدرك مظاهر الإدمان ويتعامل مع الفرد المدمن ومع البيئة المحيطة أثناء العلاج . ثم ظهر النموذج البايولوجي النفسي - الاجتماعي ، الذي يبحث في جوانب ثلاث .

- ما تأثير المخدرات على الجسم؟

- ما تأثير المخدرات على العقل؟

- ما تأثير المخدرات على النواحي الاجتماعية؟

جاء النموذج (البايولوجي) ليجيب على التساؤلات السابقة ، فلكي تتم المعالجة الفعالة يجب التركيز على النواحي الثلاث . حيث يرى النموذج بأن الإدمان مشكلة متشعبة وعلاجها يتطلب تضافر مجموعة من الجهود

(١) سليمان بن قاسم الفالح (١٤٠٩ هـ) . عوامل تعاطي المخدرات عند الشباب «رسالة ماجستير» . الرياض : جامع الإمام محمد بن سعود الإسلامية . ص ٥٥ - ٥٦ .

ومعالجة النواحي الثلاث معاً. وهذا النموذج هو المستخدم في أكثر مصحات العالم.

وفي اجتماع هيئة الأمم المتحدة في دورته السابعة عام ١٩٦٢م وافقت لجنة المخدرات على المشروع الذي تقدمت به جمهورية مصر العربية، مطالبة الدول والهيئات تشجيع البحث العلمي، مع اهتمام خاص بالنواحي الاجتماعية، والاقتصادية، والطبية للإدمان، وإن تقدم نتائج تلك الأبحاث إلى السكرتير العام للأمم المتحدة، وبهذا أخذت الأبحاث الاجتماعية الخاصة بمشكلة المخدرات وإدمانها حيزاً وقدرًا كبيراً من العناية والاهتمام^(١). ومن بعد الربع الأول من القرن العشرين بدأت تتضح معالم مشكلة المخدرات الفارماكولوجية^(٢) والطبية، ثم أخذ هذين المنظورين في التكامل مع المناظير الأخرى، وخصوصاً علم الاجتماع، وعلم النفس، والطب العقلي، إضافة إلى القانون، حيث نشرت أولى المحاولات العلمية في عام ١٩٢٨م والتي قام بها «تري و بلينز» Terry & Pellens التي حاولت أن تعرف بالمخدرات، وطبيعتها الإدمانية، ثم ظهرت محاولات أخرى قام بها المهتمون بعلم العقاقير والفسولوجيا^(٣).

وفي العملية العلاجية من الضروري مراعاة الأحوال السائدة في المجتمع، فعلى سبيل المثال في المملكة العربية السعودية المشكلة الخطيرة التي تواجه المدمنين هي المشكلة الاجتماعية، أما في أمريكا فتعد مشكلة

(١) سليمان بن قاسم الفالح (المرجع السابق). ص ٥٧.

(٢) مصطلح الفارماكولوجي أو الفارماكولوجي يعني علم التركيبات الإنسانية.

(٣) سعد المغربي (١٩٧١م). التعود والإدمان على المخدرات. الندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطي المخدرات، ٤ - ١٠ مايو. القاهرة: المنظمة الدولية العربية للدفاع الاجتماعي، المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات. ص ٣٧-٣٨.

البطالة ومشكلة المسكن هي المشكلة الخطيرة التي يواجهها المدمنون . لذا فمن الخطأ قبول نموذج مأخوذ من مجتمع آخر وتطبيقه كما هو دون مراعاة للأعراف والتقاليد والتعاليم الدينية ، وطبيعة المجتمع وخصائصه .

وتعد الولايات المتحدة الأمريكية هي الدولة الرائدة في علاج الإدمان ، ربما لوجود أعداد كبيرة من المدمنين هناك ، مما جعلها تسعى دائماً إلى حل هذه المشكلة .

وعلى مستوى العالم تنحصر وجهات النظر في اعتبار الإدمان أحد شيئين :

١ - مرض Disease .

٢ - اضطرابات سلوكية Behavior Disorders .

وغالب المصححات لا تخرج في نظرتها إلى الإدمان عن واحد من الأمرين السابقين ، وكل صاحب نظرة له مبرراته .

والواقع أن علاج المخدرات قطع مشواراً طويلاً نحو التقدم والتطور ، رغم التباين الموجود بين البرامج العلاجية المتبعة في المصححات المتخصصة في علاج إدمان المخدرات على مستوى العالم . حيث ظهرت أجهزة لتحليل (البول) الكاشف عن التعاطي ، كجهاز (TDX-ANALUZER) مثلاً والجهاز العالمي (TDX-FLX) المعروف . ثم تزامن مع ذلك اكتشاف المادة المحددة لنوع المادة المتعاطاة regent والتي توضع في داخل الجهاز لتكشف عن سبعة أنواع من المخدرات .

والكثير من الأساليب والبرامج العلاجية أشارت إلى سهولة علاج الإدمان أحياناً ، وأكدت على صعوبته أحياناً أخرى ، إلا أن اعتراف المريض وإقراره الذاتي والصريح بوجود المشكلة يشكل عاملاً أساسياً في نجاح

العلاج، ونعني بالعامل الأساسي أنه تنطوي عليه الخطوات اللاحقة، فالإقرار والاعتراف من جانب المريض بوجود مشكلة الإدمان لديه، ثم رغبته الصادقة في العلاج والتعافي تشكل من نجاح العملية العلاجية ما نسبته (٥٠٪) أو أكثر، وفقاً لقوة الرغبة وصدق العزيمة. كما أن هناك عوامل أخرى لها أهميتها، منها مدى وجود مرض نفسي مصاحب للإدمان، أو سبب في الإدمان، أو نتيجة من نتائجه. والمستوى الثقافي لدى المدمن. وكذلك عامل المصحة وطبيعة العلاج فيها، ومدى كفاءة المعالجين. ثم العامل الأسري. ثم الظروف الاجتماعية بشكل عام، على مختلف مستوياتها. كما لا يغيب عن البال درجة الإدمان، حيث يوجد درجات من الإدمان سواء حسب المادة (كحول، هيروين... الخ). أو حسب الكمية المتعاطاة، أو حسب آثار الإدمان على المدمن. وشدة الإدمان بشكل عام، ويمكن تحديد درجة شدة الإدمان من خلال مقياس حديث يسمى مقياس شدة الإدمان، يحدد شدة الإدمان من خلال الكشف على جوانب كثيرة للمدمن منها الجانب الاجتماعي، والجانب الأسري، والجانب الطبي، والجانب النفسي، والجانب التاريخي، والجانب القانوني.

من تاريخ المخدرات، ومن تاريخ معالجة الإدمان، يظهر بأن الموضوعين متلازمان، وهذا ليس بالشيء العجيب؛ فإذا علمنا بوجود مخدر، يمكننا أن نتنبأ بأن هناك من سيتعاطاه، والاستمرار في التعاطي يعني حدوث الإدمان. وتاريخ المخدرات والإدمان رغم بداياتهما البسيطة، إلا أنهما تطوروا بفعل تطور الحياة الإنسانية بشكل عام، بحيث استقرا على النحو الحالي، وهو في الحقيقة استقرار مؤقت، إذ أن عجلة الحياة حينما تتقدم، وتحدث التغييرات ستتغير الأشياء بنسب متفاوتة، ومن بينها المخدرات وإدمانها.

الفصل الثالث

تصنيف المخدرات

تصنيفات المخدرات

تتباين المخدرات من نوع لآخر، إلا أن ثمة تشابه بين نوعين أو أكثر، هذا التشابه يكون بناءً على خاصية معينة، قد تكون لون المخدر، أو شكله، أو مصدره، أو صنفه، أو مفعوله وتأثيره. ومع هذه الخصائص المتنوعة، يبقى انفراد واستقلالية كل نوع من أنواع المخدرات المختلفة، من خلال النظر إليها بجملة الخصائص السابقة، وغيرها من الخصائص الأخرى. ومع هذا فكثيراً ما يكون التقسيم أو التصنيف مدعاة إلى الإيضاح، ولعل هذا ما يدعو إلى تخصيص هذا الفصل لتقسيم المخدرات وفقاً لاعتبارات عدة، بدت ظاهرة ومقبولة، وتستحق العرض.

٣ . ١ وفقاً للون

- أ - مخدرات بيضاء . مثل الهيروين والكوكايين .
- ب - مخدرات سوداء . مثل الأفيون الخام والحشيش .

٣ . ٢ وفقاً لدرجة الخطورة

- أ - مخدرات ومؤثرات عقلية كبرى . مثل الأفيون والمورفين والكوكايين والهيروين والحشيش .
- ب - مخدرات ومؤثرات عقلية صغرى . وهي الأقل خطراً عند استعمالها، وتمتاز بأنها تمثل جانباً كبيراً من العقاقير التي أنتجت في الأصل للأغراض الطبية والعلمية، إلا أن إساءة استخدامها جعلها من المواد الخطرة، مما أوجب تنظيم التعامل معها، ومن هذه المواد المنبهات والمنومات والمسكنات .

٣ . ٣ وفقاً للأصل أو المنشأ^(١)

أ- مواد طبيعية . وهي التي اكتشفها الإنسان في الطبيعة ، سواء كان ذلك عن طريق أبحاث قام بها ، أو عن طريق الصدفة ولم تكن له يد في وجودها ، وهذه المواد من أصل نباتي ، إذ لم تكتشف حتى الآن أي مواد تؤثر على الجهاز العصبي من أصل حيواني . ومن هذه النباتات نبات الكوكا ونبات القات ونبات صبار البيوتل وجوزة الطيب .

ب- مواد تخليقية (صناعية) . وهي مواد يتم تحضيرها وتركيبها من مواد ومركبات كيميائية مختلفة وبعمليات معقدة ، ويتم ذلك عادة في معامل الأدوية ومراكز البحوث . ويستخدمها المتعاطون عوضاً عن المواد النباتية (الحام) لكونها تعطي نفس التأثير والخواص تقريباً .

ج- مواد نصف تخليقية . وهي مواد يتم تحضيرها في المعمل من خلال تفاعل كيميائي بسيط ، والمادة الأساسية فيها من أصل طبيعي ، وذلك للحصول على مادة مركزة ذات تأثير قوي الفاعلية ، ومن أمثلة هذه المواد الهيروين الذي ينتج عن تفاعل مادة المورفين المستخلصة من نبات خشخاش الأفيون مع المادة الكيميائية (ستيل كولوريد) .

(١) عبدالعزيز عبدالله البريشن (١٩٩٦م) . نحو تصور لممارسة الخدمة الاجتماعية مع حالات الإدمان من منظور نظرية الأنساق العامة . المؤتمر العلمي السنوي التاسع «الخدمة الاجتماعية وتحديات العصر . من ٢٧-٢٩ مارس» . القاهرة : كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم . ص ٥٦٤-٥٦٥ .

٣ . ٤ وفقاً للصنف أو النوع^(١)

- أ- النوع الأفيوني . ويشمل الأفيون، والمورفين، والهيريون، والكوداين، والميثادون، والبيثدين .
- ب- النوع الكحولي . ويشمل الخمر، ومجموعة الباربيتورات، وعقاقير أخرى مهدئة .
- ج- النوع الأمفيتاميني . ويشمل الأمفيتامين، والديكسامفيتامين، والميثامفيتامين، والريتالين، والتيميترازين .
- د- النوع الكوكاييني . ويشمل الكوكاين، وأوراق نبات الكوكا .
- هـ- النوع القاتي . ويشمل نبات القات، والنباتات الأخرى المشابهة له .
- و- النوع الهلوسي . ويشمل عقار LSD وعقار الميسكالين، والزايوساين .
- ز- النوع القنابي . ويشمل الحشيش أو الماريوانا .
- ح- نوع المذيبات الطيارة . ويشمل التولوين، والأسيتون، ورابع كلوريد الكربون .

٣ . ٥ وفقاً للتأثير على الجهاز العصبي

٣ . ٥ . ١ مجموعة الأفيونات

وتسمى المسكنات المخدرة narcotic analgesics وهي تنقسم إلى ما يلي :

١- الأفيون (طبيعي): يعتبر الأفيون Opium من أقدم المواد المخدرة التي اكتشفها الإنسان واستخدمتها الحضارات القديمة، إما للرفاهية أثناء

(١) مركز أبحاث مكافحة الجريمة (مرجع سابق). ص ١٦-١٧ .

المناسبات والطقوس الدينية، أو كعلاج لبعض الأمراض. ويعتبر نبات الخشخاش هو المصدر الوحيد لمادة الأفيون وهو نبات عشبي حولي، ومن مناطق إنتاجه منطقة المثلث الذهبي (لاوس، تايلاند، بورما) والهلال الذهبي (باكستان، أفغانستان، إيران).

وفي كتاب (القانون) في الطب «لابن سينا» ذكر أن للخشخاش أصنافاً كثيرة من البستاني، والبري، والسواحلي، كما أورد وصفاً لكيفية استخراج الأفيون وجمعه، وقد تطرق إلى مواصفات الأفيون الكيميائية فقال: «إنما ينتفع به من الرائحة فقط لينوم، وأما في سائر الأشياء فهو ضار» ثم عرج «ابن سينا» على الخشخاش الأسود وذكر أنه مخدر؛ إضافة إلى وصفه للأفيون كعلاج لبعض أنواع (القولنج) المغص colic^(١). ويتعاطى الأفيون كمخدر عن طريق الفم أو التدخين أو الحقن في الوريد. ويشعر متعاطي الأفيون بسعادة زائفة (وهمية) وهدوء نفسي ثم يؤدي إلى الخمول والنعاس. وتظهر على مدمني الأفيون السلبية والهزال والضعف الجنسي وقلة الشهية للأكل والنسيان وعدم التركيز والبطء في النطق والتلعثم، كما أنه يسبب إدماناً (اعتماداً) نفسياً وعضوياً. أما أعراض الانقطاع فتتمثل في الكآبة والقلق النفسي وعدم الاستقرار ورغبة ملحة في تعاطيه. ومن أهم مشتقاته المورفين والهيريون والكودايين والميثادون والبيثيديين. والثلاثة أنواع الأولى طبيعية، أما الميثادون والبيثيديين فهما مصنعان.

٢- المورفين (طبيعي): المورفين morphine يعتبر من أهم مشتقات الأفيون، ويمكن استخراجه مباشرة من نبات الخشخاش أو ما يسمى (بقش

(١) الحسين بن علي بن سينا (١٩٩٣م). القانون في الطب. بيروت: مؤسسة عزالدين للطباعة والنشر. ص ٤٠١ : ٧٦٥-٧٦٦.

الخشخاش) وهو من أقوى المواد المسكنة للألم التي عرفها الإنسان، ولا يؤثر على بقية الأحاسيس الأخرى، ويختلف عن البنج المستخدم في عمليات التخدير الطبي. واستخدام المورفين في المجال الطبي لعلاج الكسور والآلام الشديدة والجلطات والحروق والآلام السرطانية. وينتج المورفين على هيئة مسحوق يتدرج لونه من الأبيض إلى اللون البني تبعاً لدرجة نقاوته، وينتج أيضاً على هيئة أقراص أو محاليل، وهو مر المذاق، ويتم تعاطيه عن طريق الحقن تحت الجلد أو في العضل. والمورفين يسبب اعتماداً نفسياً وجسماً.

٣- الهيروين (طبيعي): وأسمه العلمي (داي ستيل مورفين) heroin وبدأ في استخدامه كبديل للمورفين في المعالجة الطبية ثم أوقف لتسببه في إحداث الإدمان. وينتج على هيئة مسحوق تتراوح ألوانه بين الأبيض والرمادي الشاحب واللون الأسمر، أما رائحته فهي قريبة من رائحة الخل، وتبلغ درجة فعاليته ما بين (٢-٣) مرات من درجة فعالية المورفين. ويتم تعاطيه عن طريق الشم مضافاً إليه كمية من الباربيتورات، أو عن طريق التدخين بخلطة مع السيجارة، أو عن طريق تبخيره مع بعض الباربيتورات على قطعة من القصدير بواسطة التسخين وشم الأبخرة المتصاعدة منه، كما يتعاطى عن طريق الحقن تحت الجلد أو في العضل في المراحل الأولى ثم في الوريد وهي أكثر الطرق انتشاراً بين المدمنين. والهيروين من أخطر المواد المخدرة، ويؤدي إلى إدمان (اعتماد) نفسي وجسمي وبشكل سريع. ويؤدي إلى تدمير خلايا المخ والجهاز العصبي، مما يجعل علاجه عملية صعبة جداً وخصوصاً في المراحل المتأخرة.

٤- الكوديين (طبيعي): يشتق الكوديين codeine من المورفين، ويمكن

استخلاصه من الأفيون مباشرة، ويوجد على هيئة بلورات من مسحوق أبيض يعطي وميضاً بتعريضه للهواء، وهو عديم الرائحة، ويمكن أن يكون على هيئة أقراص أو محلول. ويعتبر أحد المسكنات. وهو أقل فاعلية من المورفين، ويستعمل مخلوطاً ببعض المركبات كعلاج لبعض حالات السعال، وثبت علمياً أن نسبة منه تتحول داخل الجسم إلى مورفين. والكوديين يسبب اعتماداً نفسياً وجسماً إذا أسيء استخدامه.

٥- الميثادون (مصنّع): يعد الميثادون methadone عقاراً طبيياً يؤخذ عن طريق الفم ويؤخذ بمقدار حبة واحدة في اليوم، على أن يكون من وصف الطبيب ليكون بصورة قانونية. والميثادون يستخدم كبديل عن الأفيونات وذلك أثناء الأعراض الانسحابية. والميثادون له آثار جانبية إلا أن آثاره أقل من آثار مجموعة الأفيونات التي هي: إمساك، حمول، هبوط في التنفس، ضيق في بؤبؤ العين، انخفاض الكحة أو انقطاعها، الاستفراغ.

٦- البيثيدين (مصنّع). يعد البيثيدين pethidine من المسكنات للآلام. وهو أقل فاعلية من المورفين، إذ تبلغ قوته تقريباً (١ - ١٠) من تأثير المورفين. إلا أنه لا يسبب النعاس ولا الإمساك مثل المورفين. وهو على شكل أقراص، يستخدم في الأعراض الطبية لتسكين الآلام، كما يستخدم في التحضير للعمليات الجراحية. ويؤدي إلى الإدمان مع طول الاستخدام، حيث يحدث اضطرابات جسدية ونفسية ويقلل من الرغبة الجنسية.

٣ . ٥ . ٢ مجموعة المثبطات الصغرى (المهدئات والمنومات)

وتنقسم إلى ما يلي :

- ١- مجموعة البنزودايين (BDZ). مثل الفاليوم valium (مهدئ)، والموجادون mogadon (منوم)، والليبريوم librium (مهدئ).
- ٢- مجموعة الباربيتورات. مثل السيكونال seconal (منوم)، واللومينال luminal (منوم)، والبنتوثال pentothal (منوم).
- ٣- مجموعة المبروباميت mebrobamide (مهدئة). ومنها الكويتان quitan والترانكيلان tranqilan.

وقد قسمت شعبة الأمم المتحدة الباربيتورات وفقاً لقوة مفعولها إلى ثلاثة أقسام^(١):

- قليلة المفعول. يتراوح مفعولها من ١ - ٣ ساعات تقريباً. ومن أمثلتها التيوبنتال.
- متوسطة المفعول. يتراوح مفعولها من ٤ - ٦ ساعات تقريباً. ومن أمثلتها البنوباربيتال.
- طويلة المفعول. يتراوح مفعولها من ٨ - ١٢ ساعة تقريباً. ومن أمثلتها الفينوباربيتال.

وتعتبر مجموعة الباربيتورات من العقاقير المسببة للاعتماد، فهي مسكنة وجالبة للنوم، وهي مشتقة من حامض الباربيتوريك، الذي يستخدم بعد تحضيره في علاج الكثير من الأمراض، والاضطرابات التي تحتاج إلى التسكين والنوم، وتوصف هذه المجموعة طبيياً لحالات الاضطراب

(١) شعبة المخدرات بالأمم المتحدة (١٩٧٩م). اتفاقية المؤتمرات التعليمية. نيويورك: الأمم المتحدة. ص ١٩.

العصبي، والقلق الانفعالي، ومع الحالات التي تحتاج إلى تقليل التوتر، إضافة إلى استخدامها مع حالات الربو^(١).

ويحدث الإدمان على مجموعة الباربيتورات نتيجة لاستخدامها غير الطبي، حيث يحدث بعد الإدمان عليها، ثم الانقطاع نوبات صرع، إضافة إلى ظهور بعض الأعراض الأخرى، كعدم القدرة على التحكم في الحركات العضلية، مع ارتعاش في اليدين والأصابع، وتزايد في الضغط، واختلال في الرؤية، والتقيؤ أو الرغبة في التقيؤ. وقد لوحظ أن هذه الأعراض تختلف من وقت لآخر، إلا أن أعراض الانسحاب تبدأ في الظهور بعد ٤٢ ساعة من وقت تناول المادة، وتبلغ أقصى درجاتها خلال يومين إلى ثلاثة أيام، وقد تبدأ في اليوم الثالث بعد الاضطرابات النفسية التي يصاحبها بعض الهلاوس، وتكون مصحوبة بحالات فرع؛ أما الأفراد الذين يعانون من إدمان عضوي فمن الواجب أن يكون انسحابهم عن العقار بشكل تدريجي، حتى لا يتعرضوا للوفاة^(٢).

والبنزودايزين له عدة استخدامات:

- مسكن ومثبط للأشخاص العدوانيين.

- منوم.

- مضاد للقلق أو مخفف للقلق.

- مثبط لتشنج العضلات، ومخفف للصرع (تسمم الدم).

- الكحول.

(١) سعد المغربي ١٩٨٤م (مرجع سابق). ص ٤١.

(٢) رشاد أحمد عبداللطيف (١٩٩٢م). الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات.

الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. ص ٦٠-٦١.

كلمة الكحول alcohol كلمة عربية الأصل . والكحول سائل له رائحة عطرية مميزة ، قريب إلى لون الماء (شفاف) ، وطعمه نفاذ لاسع ، وهو يغلي عند درجة ٣, ٧٨م ويتجمد تحت الصفر المئوي . والكحول في الأصل نوعان الكحول التجاري ويحتوي على ٦, ٩٥٪ كحول ، ويستخدم في الصناعة كمذيب عضوي هام . والكحول المطلق absolute alcohol ويحتوي على حوالي ٩, ٩٩٪ كحول ، ويستخدم في صناعة العطور . الكحول المصنع ذو القيمة الاقتصادية هو المستخدم في صناعة الكحول المشروب ، ويحضر بواسطة التخمير إذ يحدث تخمر للسكر بواسطة إنزيمات نشطة موجودة في الخميرة yeast . ويحدث التخمر بواسطة النشا (مثل نشا الذرة أو نشا القمح أو نشا الأرز أو نشا البطاطس) أو بواسطة السكريات (مثل القصب أو البنجر أو المولاس الذي ينتج خلال عملية صناعة السكر) . وبشكل عام فالكحوليات هي عبارة عن سلسلة من المركبات الكيميائية العضوية التي تشترك في وجود مجموعة كيميائية هي مجموعة الايدروكسيل (أيد) (OH hydroxyl group) والكحول من حيث الأصل نوعين مخمر ومقطر .

والكحول بعد المعالجة نوعان^(١) :

١ - الكحول الميثيلي (الخشبي) : وهو مادة سامة قد يؤدي إلى العمى أو الكساح أو الوفاة . ويوجد في الكولونيا وبعض الأصباغ . وهذا النوع يلجأ إليه المدمنون أحياناً عندما يعوزهم المشروب (الحالات الحرجة من نشدان الشراب) .

(١) فريد جلال المهدي (١٩٨٣م) . تعريف الكحول . أبحاث الندوة العلمية الثانية «الإدمان على المسكر : سبل الوقاية والعلاج» . الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب . ص ١٢ - ١٣ .

٢- الكحول الأيثيلي : وهذا ليس سام ويستخدم في الطب والصيدلة كمطهر . ويستخدم في صناعة العطور . وكذلك في المشروبات الكحولية .

ويظهر الكحول في بول ودم الإنسان الذي يتعاطى كمية كبيرة من المشروبات الكحولية ، كما يظهر الكحول في بول مرضى السكري نتيجة عملية تخمر السكر .

والكحول يعمل على تهيبط الجهاز العصبي المركزي (المخ والحبل الشوكي) . وهو يعمل على تحفيز مادة (الأندومورفين) وهي مادة طبيعية موجودة في جسم كل إنسان ، تعمل على تحفيز المستقبلات في الجسم لتؤدي تأثيرها على جهاز المكافأة في المخ . والمخ جهاز معقد ولكن هناك وظيفيتين من وظائف المخ لها علاقة بالمخدرات وهما التهيبط والتنبيه ، فالمثبطة (كالكحول) تعمل على تهيبط الأجهزة ، وبالتالي يكون التوازن حسب حاجة الجسم ، مثل : النوم تكون أجهزة الجسم متثبطة ، أما الرياضة فالعكس من ذلك . وعند الاستمرار في تعاطي الكحول يحصل تهيبط للمخ ، فالشرير عند شربه للكحول مثلاً يفقد التوازن فيبدأ بعمل شيئاً بدون وعي ، لأن الأعمال السلبية ليس لها رادع وهو الاتزان العقلي . لذا قد يصاب متعاطي الكحول بحالة تهيج ، رغم أن الكحول مهبط ، وذلك لأن مستوى الإدراك لدى المتعاطين يكون منخفضاً ، ولعل من الأمثلة ذلك حوادث السيارات التي يرتكبها المخمورون . كما قد يكون متعاطي الكحول في حالة نشاط زائد وذلك نتيجة فقد التوازن ، فمن المعلوم أن الجسم الطبيعي يكون في حالة متزنة ، وبعد شرب الكحول يحدث انخفاض (تهيبط) فتبدأ أجهزة الجسم بعملية تنشيط للارتفاع إلى مرحلة التوازن التي كان عليها قبل شرب الكحول (الحالة الطبيعية) ، ويستمر الجسم في مرحلة التنشيط

في حين أن مفعول المخدر بدأ في الانسحاب من الجسم (عن طريق عملية الاستقلاب التي تؤديها الكبد والتصريف - التبول - الذي تعمل به الكلى) وبهذا يكون نشاط أجهزة الجسم تجاوز في الارتفاع مرحلة التوازن .
وتجدر الإشارة إلى أن درجة الكحول تتفاوت من مشروب لآخر فمثلاً البيرة Beer تحتوي على (٣ - ٥ ، ٤٪) من الكحول الأيثيلي ، أما النبيذ فيحتوي على (٧ - ٢٠٪) منه ، أما الويسكي whiskey والمشروبات الروحية المقطرة فتحتوي على (٣٠ - ٦٥٪) كحول أيثيلي^(١) .

٣ . ٥ . ٤ مجموعة المنبهات / المنشطات (الأمفيتامينات)

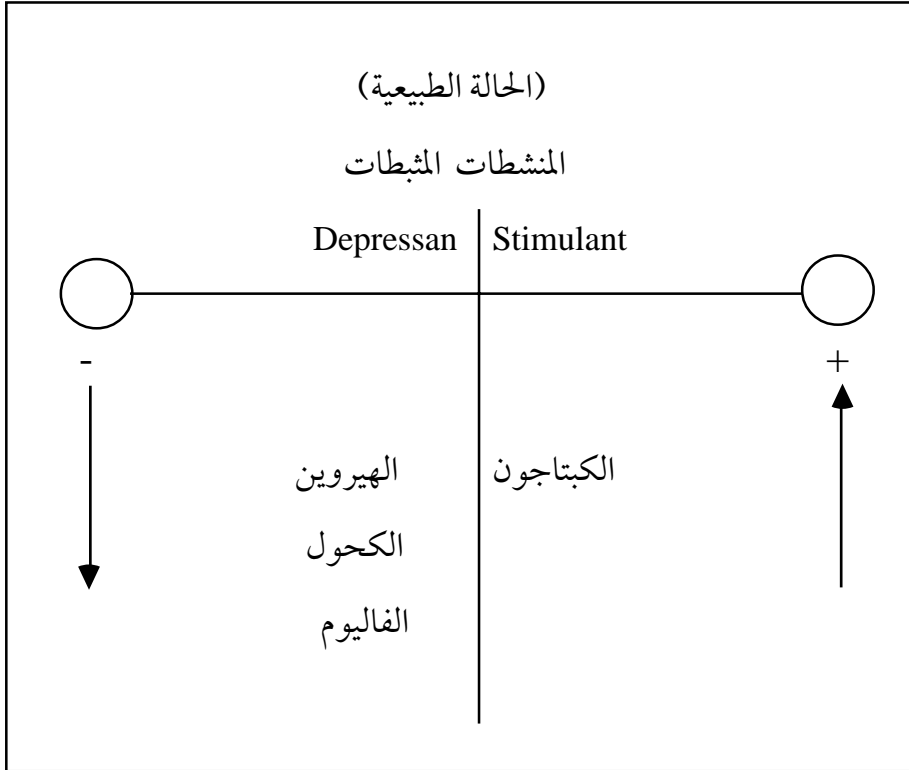
- ١ - الأمفيتامين amphetamine الكبتاجون captgon والميتامفيتامين metamphemine والديكافيتامين dexaphetamine والفيمترازين phemetrazine .
- ٢ - الكوكايين .
- ٣ - القات (نباتي) .
- ٤ - الكافيين (في الشاي والقهوة) .
- ٥ - النيكوتين (في السجائر) .

وأكثرها تأثيراً على الجهاز العصبي المركزي الكوكايين ، وأقلها تأثيراً الكافيين . ويتم تعاطي مجموعة الأمفيتامينات عن طريق الفم وهو الأكثر استخداماً ، أو عن طريق البلع ، أو الحقن في الوريد . وهي تؤدي إلى رفع الروح المعنوية لدى المتعاطين ، والشعور بالرضى والقدرة على التحمل ،

(١) أحمد عكاشة (١٩٨٠م) . الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية . ص ٣٠٥ .

واليقظة والنشاط الزائد، وتكمن خطورتها في الإدمان عليها على المدى الطويل، ثم في أعراضها الجانبية أثناء التعاطي، حيث تُحدث صداعاً، وجفافاً بالحنق، وفقداناً للشهية، ودواراً، ويصاحبه في كثير من الأحيان هلاوس وشكوك تؤدي بالمتعاطي إلى الاندفاع نحو أفعال خطيرة. ومن الأعراض الانسحابية لمجموعة الأمفيتامينات انقباض جسدي ونفسي يشكل قوة ملحة للتعاطي.

شكل يوضح اتجاه تأثير المخدر على الجسم . منشط - مهبط)



٣ . ٥ . ٥ المهلوسات

المهلوسات تؤدي إلى اختلال في وظائف المخ ، ومراكز الإدراك والتفكير ، مما يجعل المتعاطي يعيش في حالة من الهلوسة البصرية أو السمعية أو هلاوس أخرى . وتضطرب عنده قدرة التمييز فيرى الصغير كبيراً والعكس مما يشكل خطورة عليه . وتختلف هذه المواد فيما بينها من حيث قوة المفعول وطول مدة التأثير ، كما تختلف من حيث مصدرها فمنها ما هو طبيعي كالمسكالين والمسكارين والزايلوساين و بذور نبات مجد الصباح وجوزة الطيب . ومنها ما هو مركب كيميائياً مثل عقار LSD الطبي (حامض ليسرجيك ديثيلاميد) الذي يستخدم في علميات التفرغ العقلي ، لدى مرضى القلق والهستيريا ، ومرضى الوسواس القهري ، ولعلاج بعض الاضطرابات الشخصية . وعقار STP وعقار DMT وعش الغراب (سيلوسيين) وعقار بيوتول (الميسكالين mescaline) والأتروبسين atropine والسكوبولامين scopolamine والفسايكليدين phencyclidine وداى ميثل تربتامين DMT .

ومن أشهر المهلوسات عقار LSD lysergic acid dithylamide وعقار (سيرنيل) sernyl ، ومن أبرز أعراضهما الدوار والغثيان والصداع وجفاف وتنميل الفم ، إضافة إلى اضطرابات الإدراك ، وتغير الألوان ، مع اختلال في الإحساس بالعالم شكلياً وزمنياً^(١) .

(١) أحمد عكاشة (مرجع سابق) . ص ٣١٩-٣٢٠ .

٣ . ٥ . ٦ الحشيش والماريوانا

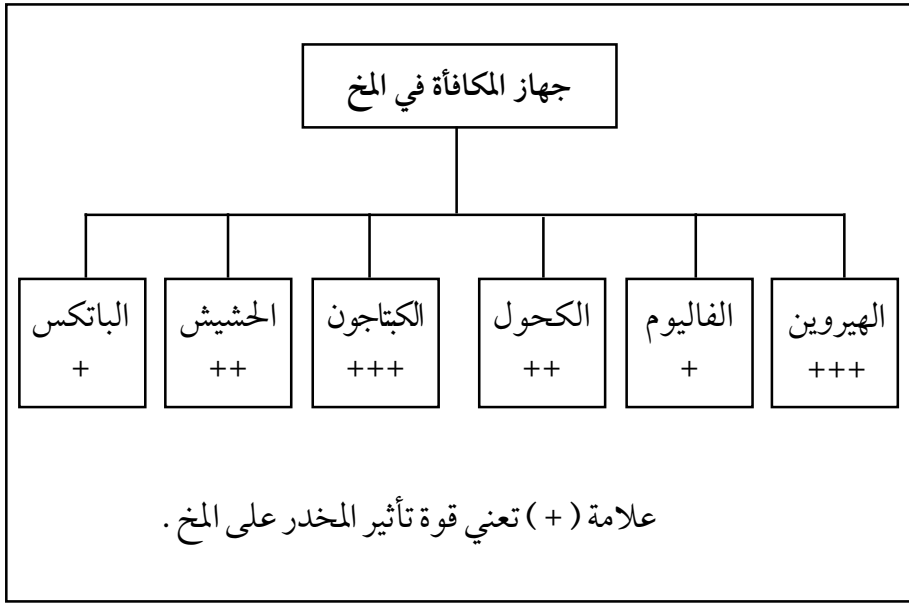
يتحصل على الحشيش hashish أو الماريوانا marijuana من نبات القنب الهندي . والعنصر النشط في الحشيش هو خلاصة (التتراهايدروكناينول) . والاسم العلمي للقنب الهندي (كنايس ساتيفا) وهو نبات عشبي حولي ينمو في الهند وبنجلاديش والباكستان ، وتتراوح ألوانه بين البني الفاتح والأخضر والبني الغامق والأسود . كما يحصل على الحشيش في حالة سائلة تسمى بزيت الحشيش بواسطة التقطير . ويتم تعاطي الحشيش وزيته عن طريق التدخين بعد خلطه بالتبغ أو التبناك أو المعسل . ويعد الحشيش من أكثر المخدرات انتشاراً في العالم ، ويمتاز بتأثيره المتغير فهو مهبط للجهاز العصبي إذا تم تعاطيه بكميات قليلة ، ومهلوس إذا كانت الكميات كبيرة . والحشيش يسبب اعتماداً نفسياً وله أسماء كثيرة .

٣ . ٥ . ٧ المواد الطيارة

ومن أمثلتها الباتكس ، وغاز أكسيد النيتروز ، والكلورال ، وسوائل التنظيف ، والبنزين ، ومخفف الطلاء ، ومزيل طلاء الأظافر ، والجازولين ، والصمغ الصناعي ، ومزيلات البقع ، وبعض المنظفات المنزلية . وولاعة السجائر . والمواد الطيارة لها نفس مفعول المجموعات الأخرى (المهدئات والمنشطات والمواد الأخرى) كما أن لها نفس تأثير الكحول من حيث غياب الوعي ، إلا أنه يتضح استخدامها من خلال آثارها على الجسم (البوية وغيرها من ذوات الأثر على الفم أو الملابس أو الرائحة) . أما طريقة استخدامها فبواسطة الشم ، لذا فأثرها يطول الغشاء المخاطي للأنف ، حيث يتلف هذا الغشاء فتتأثر الرئة وتضعف كفاءتها . كما يؤدي طول استخدام هذه المواد إلى تلف الأغشية التي تغطي الأعصاب الموجودة في جسم

الإنسان، ويتأثر بذلك الجهاز العصبي، وقد يؤدي ذلك إلى مشاكل نفسية، وضعف في الإدراك، وتدني مستوى التركيز والتفكير، كما يؤدي طول استخدام هذه المواد إلى الإصابة بأبلاستيك انيميا (نوع خاص من الانيميا)، كما يؤدي في بعض الأحيان إلى الإصابة بالتسمم الرصاصي.

شكل يوضح قوة تأثير المخدرات على جهاز المكافأة في المخ



الجدول يوضح نوع الإدمان ومستوى التحمل لأنواع المخدرات^(١)

نوع الإدمان ومستوى التحمل		نوع التأثير على الجهاز العصبي		نوع الإدمان
مستوى التحمل	جسمي	نفسي		
يحتاج إلى زيادة في الجرعة	+	+	مسكنة ومخدرة	مجموعة الأفيونيات
حسب الجرعة المعتادة		فيزيولوجي شديد	حالة قلق ومهدئة ومنومة	مجموعة الباربيتورات
يحتاج إلى زيادة في الجرعة	+	+	مهدىء ومثبط	الكحول
يحتاج إلى زيادة في الجرعة	+	+	منشط	مجموعة الأمفيتامينات
لا يحتاج إلى زيادة الجرعة	+	+	منشط	الكوكايين
زيادة متدرجة في الجرعة	+	+	هلاوس وشكوك	المهلوسات
في الغالب لا يحتاج إلى زيادة الجرعة	+	+	فرط في النشاط مع نشوة عامة	الغالب لا يحتاج إلى زيادة الجرعة
زيادات بسيطة في المقدار	=	=	منبه	التبغ

والخلاصة أن المخدرات أنواع، ولكنها جميعاً ينتهي إلى نهاية حتمية وهي التأثير على جهاز المكافأة في المخ. ثم يتم التعزيز من المخدر (من جراء المفعول) فيعود المدمن مرة أخرى إلى التعاطي ليحصل على التعزيز.

(١) محمد حمدي حجار (١٤١٣هـ). الحقيبة التدريبية: برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحات ومراكز إعادة التأهيل «الجزء الأول». الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. ص ٢٨.

الفصل الرابع

تصنيفات تعاطي المخدرات وإدمانها

تصنيفات تعاطي المخدرات وإدمانها

من أكثر القضايا تعقيداً واختلافاً بين المتخصصين في مجال إدمان المخدرات، تحديد من هو المدمن؟ ومما زاد الأمر تعقيداً وجود أنواع عديدة من المخدرات، إضافة إلى وجود أصناف متنوعة داخل كل نوع، هذا التنوع صاحبه تنوع في التأثيرات المحتملة لكل نوع، إضافة إلى الاختلاف في التأثيرات، فهناك الأثر الآني للمخدر، وهناك الأثر المزمن - على المدى الطويل - للمخدر. ومع هذا ربما يكون من المفيد وضع تقسيمات، محاولة للوصول إلى إجابة دقيقة للتساؤل السابق: من هو المدمن؟.

٤ . ١ . أنماط التعاطي

٤ . ١ . ١ . التعاطي التجريبي

ويعني تعاطي المادة المخدرة بهدف تجريبها واستكشافها، وغالباً ما ينطوي على هذا النمط من التعاطي مسألة الاستمرار في التعاطي من عدمه .

٤ . ١ . ٢ . التعاطي المؤقت

ويعني تعاطي المادة المخدرة في أوقات محددة، أو متقطعة كالمناسبات الاجتماعية التي تدعو إلى ذلك . وهذا نمط من التعاطي متقدم على نمط التعاطي التجريبي .

٤ . ١ . ٣ . التعاطي المنتظم

ويعني تعاطي المادة المخدرة بشكل متواصل، ويكون وفق دوافع سيكوفيزيولوجية . وهذا النمط من التعاطي متقدم على نمط التعاطي المؤقت أو غير المنتظم .

٤ . ١ . ٤ التعاطي القهري

ويعني تعاطي المخدر تحت القوة القهرية من المخدر ، والتي يكون فيها تفكير المدمن موجهاً نحو التعاطي دون سواه من الأشياء الأخرى . وهذا النمط من التعاطي هو أسوأ أنماط التعاطي ، ويعبر عن مرحلة سيئة من الإدمان .

٤ . ٢ . ٤ أنماط الجرعة

٤ . ٢ . ٤ الجرعة فعّالة

وهي التي تعطي المفعول المعروف عن المخدر (كالتنشيط والتهبيب مثلاً) .

٤ . ٢ . ٤ الجرعة سامة

وهي الجرعة الزائدة من حيث الكمية ، كأن تكون كثيرة ، أو من حيث محتوى الجرعة ، كأن تكون محتوية على مادة أو مواد أخرى لها نفس المفعول ، أو مفعول مضاد over dose يكون نتيجتها التسمم .

٤ . ٢ . ٤ الجرعة السامة القاتلة

وهي الجرعة المكثفة بنفس المعنى السابق ، إلا أن النتيجة هنا تختلف بحيث تكون نتيجتها الوفاة .

٤ . ٣ . ٤ مستويات تأثير المخدر

٤ . ٣ . ١ حسب الشخص المتعاطي

ويقصد بذلك الخصائص الشخصية وما يتعلق بها، كالعوامل الوراثية، ومدى وجود أمراض جسمية، والطبيعة الفسيولوجية، ومدى وجود أمراض نفسية، والمستوى الثقافي، والتنشئة الاجتماعية، والظروف المادية والاجتماعية للمتعاطي، والدافع من التعاطي، والخبرة الشخصية عن المادة المتعاطاة أو التوقعات الشخصية، والحالة النفسية والفسيولوجية عند التعاطي، وعوامل أخرى كالسن، والجنس .

٤ . ٣ . ٢ حسب المادة المتعاطاة

سواء كانت المادة مخدراً أم عقاراً . وينقسم تأثير المادة إلى ثلاثة أقسام :

أ- طريقة التعاطي . حيث تؤثر طريقة التعاطي في الإدمان بشكل قوي، فالتدخين هو أسرع الطرق تأثيراً على جهاز المكافأة في المخ، يليه التعاطي بواسطة الإبر، وأقلها تأثيراً ما يؤخذ عن طريق الفم (أكل أو شرب)، بينما يؤدي الحقن إلى إدمان أسرع من غيره .

ب- مدة التعاطي . فكلما كانت فترة التعاطي طويلة تمتد لسنوات عديدة، كلما كان تأصل الإدمان في الشخص قوياً لدرجة يصعب التخلص منه، وكلما كانت فترة التعاطي قصيرة كلما سهل الخلاص منه .

ج- كمية المادة المتعاطاة . فكلما كانت الكمية قليلة، كلما هانت عملية التوقف، كما أن لنتاوة المادة من عدمه دوراً قوياً، فكمية قليلة من مادة الهيروين المحتوي على إضافات كثيرة، أقل تأثيراً في الإدمان من تأثير كمية كبيرة من هيروين يحتوي على إضافات قليلة .

٤ . ٣ . ٣ البيئة المحيطة

ويقصد بالظروف البيئية المحيطة، ظروف البيئة الطبيعية والاجتماعية وعناصرهما المختلفة، كالموقع الجغرافي، والنظام السياسي والقضائي، والوضع الاقتصادي، والدين، والأسرة، والتربية، والثقافة ومكوناتها.

٤ . ٤ حالات مفعول الجرعة

٤ . ٤ . ١ حالات النشوة المرحية

التي تقلل من الدرجة الانفعالية، وبعض الحالات الإدراكية الحسية (المواد الأفيونية، الكوكايين).

٤ . ٤ . ٢ الحالات الخرافية

التي تحتوي على حالات وهمية خادعة (القنب الهندي، الفطور، L.S.D).

٤ . ٤ . ٣ الحالات المهيجة السالبة

التي تولد الإثارة الجنسية ثم الاكتئاب، والإعياء العصبي (الكحول، المواد الطيارة).

٤ . ٤ . ٤ الحالات المنومة

التي تجلب النوم (الأدوية المنومة وخاصة المهدئات).

٤ . ٤ . ٥ الحالات المهيجة

التي تنبه وتثير النشاط النفسي (التبغ، القهوة، الشاي، وما شابههما).

٤ . ٥ أنواع الاعتماد^(١)

٤ . ٥ . ١ الاعتماد غير الاختياري

ويقع تحت هذا التصنيف الأشخاص المتعاطون ضحايا تصرفات الآخرين ، ولعل أقرب مثال على ذلك الطبيب الذي يصف الأدوية ذات المضاعفات الجانبية ، وذات الصفة الإدمانية ، دون إشعار المرضى بذلك .

٤ . ٥ . ٢ الاعتماد الاجتماعي

ويقع تحت هذا التصنيف الأشخاص الذين يتعاطون في المناسبات الاجتماعية ، مثال ذلك تعاطي الكحوليات في الأعياد والمناسبات السعيدة لدى بعض المجتمعات .

٤ . ٥ . ٣ الاعتماد الانحرافي

ويقع تحت هذا التصنيف الأشخاص الذين يتعاطون المخدر بطريقة بسيطة ، بدافع حب الاستطلاع ، أو بدافع التقليد ، أو استجابة لدعوة ، أو ما شابه ذلك ، مما يخلق نوعاً من الاعتماد النفسي والجسمي ، وغالباً ما يكون المخدر غير مقبول اجتماعياً ، كالهيروين ، أو الكوكايين وما شابههما .

(١) إبراهيم عبدالرحمن الشرقاوي (بدون تاريخ) . المخدرات آفة العصر . لم يوضح الناشر ولا مكان النشر . ص ١٩٠ - ١٩١ .

٤ . ٦ . مراحل الإدمان

٤ . ٦ . ١ . مرحلة الاعتياد

وتعني التعود على تعاطي المخدر أو العقار، ويغلب على هذه المرحلة الاعتماد النفسي، فعند انقطاع العقار تحصل مضايقات نفسية، إلا أنها ليست خطيرة، ويعتبر الاعتياد التأثير الرئيس للعقار في المراحل المبكرة من الإدمان^(١).

٤ . ٦ . ٢ . مرحلة الاحتمال

وهي المرحلة التي تكون فيها أنسجة الجسم عاجزة عن الاستجابة للجرعات المعتادة من المادة المخدرة، بما يتطلب الزيادة في الجرعة لأجل الحصول على نفس التأثير^(٢).

٤ . ٦ . ٣ . مرحلة الإدمان

وهي المرحلة التي يكون فيها الشخص في أمس الحاجة إلى المخدر مهما كان الثمن، مع فقدان السيطرة، بحيث لا يستطيع الحد من القيام بوظائفه الطبيعية إلا بوجود المخدر، وفي هذه المرحلة يكون المدمن أعتمد على المخدر نفسياً وجسماً^(٣). ويرى «رادو» Rado أن المدمن حينما يصل في تاريخ

(١) إبراهيم عبدالرحمن الشرقاوي (المرجع السابق). ص ١٩١ .

(٢) أنور محمد الشرقاوي (١٩٩١م). الأبعاد النفسية والتربوية لمشكلة الإدمان لدى

الشباب. المركز الإقليمي لتعليم الكبار. ص ١٢ .

(٣) أنور محمد الشرقاوي (مرجع السابق). ص ١٢ .

إدمانه إلى مرحلة الإدمان المزمن ، فإن الإدمان ينتهي بنتيجة من ثلاث :
الانقطاع التلقائي ، قد تكون لفترة زمنية مؤقتة لاسترجاع قيمة وفعالية المخدر
في الجسم ، أو الوقوع في المرض العقلي ، أو الموت^(١) .

من التقسيمات السابقة يظهر بأن مع تنوع المخدرات ، وتنوع أصنافها ،
وتنوع مفعولها من حيث النقاوة أو الجودة ، ثم طريقة التعاطي ، إضافة إلى
تنوع البشر وتقبلهم للمخدر ، ومع كل هذا التنوع مازالت هناك مميزات
تكشف عن المراحل المتأخرة من حياة الإدمان ، كان الاتفاق عليها أكثر من
الاتفاق على المراحل الأولى لخاصية الإدمان ، أو صفة المدمن .

(١) سعد المغربي (١٩٨٦م) . سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته . القاهرة : الهيئة
المصرية العامة للكتاب . ص ٣١٠ .

الفصل الخامس

الإدمان على المستوى الفردي والمجتمعي

الإدمان على المستوى الفردي والمجتمعي

كيف يحدث الإدمان للفرد؟ وكيف يمكن أن يكون على المستوى المجتمعي؟ سؤالان يستحقان الوقوف، والبحث، والتقصي. وإذا استطعنا الإجابة فستستمر معنا طائفة الأسئلة حول الموضوع ذاته. إذاً ما هو الفرق بين إدمان فرد، وإدمان مجتمع؟ وكيف ينظر إلى كل منهما؟ الحقيقة أننا لا نستطيع الرهان على أننا نملك الإجابة الشافية عن تلك الأسئلة، ولكن سنحاول تقديم شيء حول تلك الموضوعات، ربما يكون في ثنايا الحديث إجابات تعبر عن حقيقة، أو حتى تقربنا من الحقيقة.

٥ . ١ كيفية حدوث الإدمان

لقد بذلت جهود كبيرة من قبل منظمة الصحة العالمية (W.H.O.) منذ عام ١٩٥١م لأجل التفريق بين مصطلح التعود habituation ومصطلح الإدمان addiction ولا زال الاختلاف قائماً، إذ لا يوجد اتفاق تام حول معنى المصطلحين^(١). والمصطلح الشائع والمستخدم حالياً مصطلح الاعتماد dependence وعلى كل الأحوال فتعاطي المخدرات هو سلوك واحد هو التأثير على جهاز المكافأة في المخ (سلوك إدماني). أما الإدمان ذاته فهو يخضع لثلاثة أمور أساسية هي:

١ - كمية التعاطي .

٢ - فترة التعاطي .

٣ - طريقة التعاطي .

(١) صالح الشيخ كمر (مرجع سابق). ص ٧.

إن أي مخدر يدخل الجسم لابد أن يذوب في الوسط الدهني الموجود في الجسم ، وكلما كان امتصاص الوسط الدهني أسرع كلما كان تأثير المخدر أسرع ، فالهروين مثلاً تأثيره على المخ سريع جداً لكونه يذوب في الوسط الدهني بشكل سريع ، لذا فإن أعراض الانسحاب مع الهروين تكون قوية . فكلما كان بقاء المخدر في الجسم أطول كلما كانت الأعراض الانسحابية أخف . وكلما كان سريان المخدر في الجسم نحو جهاز المكافأة بطيئاً كلما بقي المخدر في الجسم فترة طويلة .

أ - كيف يتم انتقال المخدر داخل جسم الإنسان؟

يوجد في جسم كل إنسان شبكة أعصاب ، كما يوجد في المخ أيضاً أعصاب ، وعندما يعطي المخ إشارة إلى هذه الأعصاب تقوم الأعصاب بإفراز نواقل كيميائية موجودة في داخل العصب ، حيث تفرز ما نسبته (٤٠٪) أما نسبة (٦٠٪) تخرج من العصب ولكنها تعود مرة أخرى لتبقى داخل الجسم ، هذا في الحالات العادية (الطبيعية) أما عند تعاطي مادة الكوكايين أو الكبتاجون أو النيكوتين فإنها تمنع النواقل الكيميائية (٦٠٪) من العودة مرة أخرى للعصب ، ثم تتعامل هذه النواقل مع المستقبلات الموجودة في الجسم بصورة مكثفة .

شكل يوضح العصب والنواقل الكيميائية التي يفرزها ثم تعود مرة أخرى إلى الجسم في الحالات الطبيعية)

ب - لماذا وجود المخدر في الجسم دائماً مؤقت؟

لسببين :

١ - الكبد : حيث تقوم الكبد بعملية الاستقلاب ، وهي تحويل المخدر إلى مادة بسيطة تنتشر في الجسم ثم تذهب . لذا فكثيراً ما تحدث أمراض نتيجة لعمليات الاستقلاب .

٢ - الكلى : حيث تقوم الكلى بطرد المخدر من الجسم عن طريق البول . وبعض المخدرات تذهب من الجسم فوراً بسبب الكلى دون الكبد ، أي أن الكبد لا تتعامل معها . أما إذا كان الإنسان لديه مشاكل في الكبد بحيث أنها لا تؤدي وظيفتها بشكل طبيعي ، فإن المخدر يمتد في الجسم فترة أطول ، ونفس الكلام يقال عن الكلى كالمعانين من الفشل الكلوي مثلاً .

ج - ما هي العوامل التي تؤثر على مفعول العقاقير؟

- ١- وجود العقاقير الأخرى (تفاعل العقاقير Drug-Drug Interaction). وهو استخدام أكثر من مخدر في وقت واحد مثل (هيروين + كحول) هنا يكون التأثير أقوى على الجسم، حيث يتحد نوعان قد يكون لهما نفس التأثير، كما في المثال السابق الهيروين والكحول (مثبط + مثبط) وهذه المشكلة تؤثر على التفكير. والحاصل أن عقاراً مع عقار يسبب تأثيراً قوياً، أو رد فعل عكسي حينما يكون العقاران مختلفين من حيث التأثير كالهيروين وعقار الناركان narkan (مثبط + منشط).
- ٢- عامل السن. حيث أن وظائف الأنزيمات تضعف مع تقدم السن (الكبر) وبشكل تدريجي، وبذلك يكون تأثير العقار أكثر شدة وخطورة على كبار السن (المسنين)، لذا يجب تقليل كمية المخدر (الجرعة) مع المسن سواء كان مخدراً أو عقاراً. فقد أثبتت دراسة أمريكية بأن من يموتون بسبب تعاطي الهيروين من المسنين، بلغت نسبتهم خمسة أضعاف، من يموتون بسبب تعاطي الهيروين من فئة الشباب^(١).
- ٣- الحالة الشعورية. وهي الخلفية أو المعتقد الشخصي نتيجة معلومة أو خبرة سابقة، فعلى سبيل المثال الشخص الذي لديه خلفية عن الماريوانا مثلاً يكون تأثيرها عليه أكثر وأقوى (عامل نفسي) من تأثيرها على شخص آخر ليس لديه خلفية مسبقة عنها.

(١) رشاد أحمد عبداللطيف (١٩٩٢م). الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. ص ٧٠.

د - كيف يلتقي الإدمان والمرض النفسي؟

هناك ثلاث وجهات نظر تفسر العلاقة بين إدمان المخدرات والمرض النفسي، وهي:

١ - وجهة النظر الأولى

ترى بأن الاضطرابات النفسية ليست السبب الرئيس في حدوث الإدمان، وإنما الإدمان هو الذي يخلق الاضطرابات النفسية والسلوكية، بمعنى أن الإدمان على المخدرات ينبئنا بصحة نفسية سيئة، وليست الصحة النفسية السيئة هي التي تمهد لنشوء الإدمان^(١).

٢ - وجهة النظر الثانية

ترى بأن الأمراض النفسية تكون موجودة في الأساس لدى المدمن، ولكنها تكون خفية في الشخصية كالهوس والاكتئاب مثلاً، ثم يكشفها ويظهرها على السطح بعض أنواع المخدرات كالامفيتامينات مثلاً، تؤكد على ذلك إحدى الدراسات التي أظهرت بأن ٣٠٪ من المرضى النفسيين مسيئين لاستخدام العقاقير.

٣ - وجهة النظر الثالثة:

وتبدأ بطرح التساؤل التالي: لماذا يوجد المرض النفسي مع الإدمان؟ والإجابة على السؤال هي أن طبيعة الشخصية هي المسؤولة عن وجود الإدمان، فالمكتئب يميل نحو تعاطي الامفيتامينات لأجل الانشراح

(١) Vaillant, G. E. (1983). The Natural History of Alcoholism: Causes, Patterns and Path to Recovery, Cambridge, MA: Harvard University Press.

والسعادة، والذي يعاني من الرعب الاجتماعي يميل نحو تعاطي الكحول ليتمكن من التحدث بجرأة، وهكذا.

والواقع أن وجهات النظر السابقة ليست صادقة دائماً، كما أنها ليست خاطئة كلياً، وإنما النتيجة الهامة، والشيء الثابت أن مدمن المخدرات معرض للمرض النفسي في أي لحظة من اللحظات، يؤكد على ذلك دراسة علمية أشارت إلى أن (٥٠٪) من مدمني الكحول أو غيره، يحصل لديهم مرض نفسي شديد في وقت من الأوقات. كما أن وجهات النظر الثلاث تصدق مع نسبة من المرضى، فالمرض النفسي قد يؤدي إلى الإدمان، والإدمان يؤدي إلى أمراض نفسية. وهنا نشير إلى أن أكثر من (٥٠-٦٠٪) من المدمنين لديهم أمراض نفسية.

هـ- كيف تحدث الانتكاسة؟

مع أن تعريف الانتكاسة هي العود إلى تعاطي المخدر مرة أخرى، بعد فترة توقف تسمى فترة علاج^(١) إلا أن التعريف ركز على النتيجة وهي العود للتعاطي، والحقيقة أن ثمة مراحل وخطوات للانتكاسة، بدليل أن الانتكاسة لا تأتي اعتباطاً، أو بدون مقدمات، فالمدمن الذي ذهب إلى أصدقائه في مكان تعاطيهم السابق وهو يعلم بوجودهم، وأنهم يتعاطون، ولكنه في قرارة نفسه لن يتعاطى معهم، هو في طريقه إلى الانتكاسة، بمعنى أن هناك انتكاسة أولية وانتكاسة ثانوية، ونقطة البدء للمرحلتين هي التفكير السالب سواء كان التفكير في التعاطي، أو حتى في الذهاب للأماكن التي لها علاقة

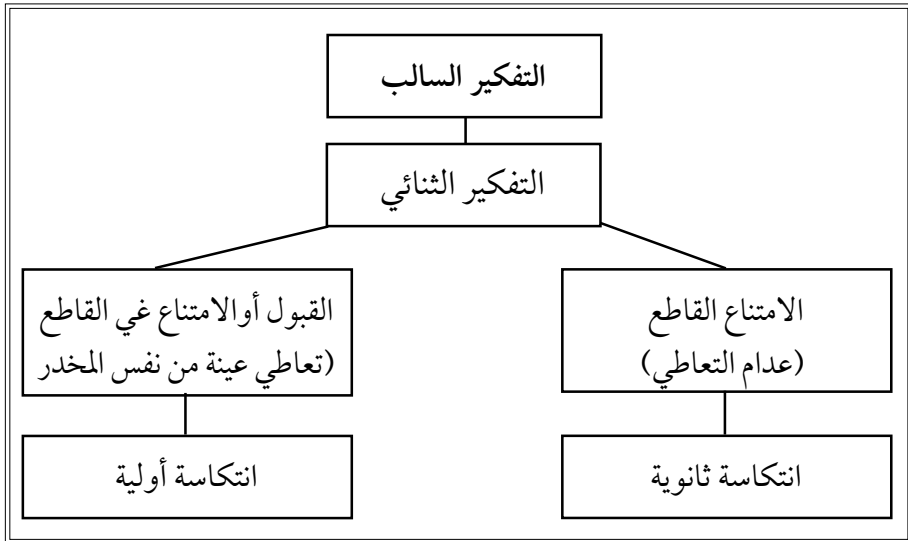
(١) للتوسع في الانتكاسة، لاحظ: الارتكاس العقاقيري (١٩٩٩م). تأليف: مدحت عبدالحميد أبو زيد. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

قوية بالتعاطي، حيث يكون الذهاب في الغالب مغلفاً، أو مغطى بفعل الاشتياق الداخلي للمخدر، كأن يخلق التبريرات لنفسه أنه سيذهب إلى أصدقائه لمجرد السلام عليهم فقط. والتفكير السالب لا يعني مجرد الفكرة العابرة، وإنما تعني الدخول في التفكير العميق، واستدعاء نشوة المخدر أو مفعول المخدر، وهو ما سيتولد عنه حالة الاشتياق، ثم الدخول في المرحلة الثانية، كمرحلة لاحقة وحتمية، وهي التفكير الثنائي، وهذه الخطوة (التفكير الثنائي) أقرب إلى التعاطي من الخطوة السابقة (التفكير السالب) حيث يدخل الشخص في تفكير ثنائي يفاضل بين شيئين:

١- الامتناع القاطع عن التعاطي. وهنا تنتهي الانتكاسة، لذلك تسمى بالانتكاسة الثانوية.

٢- القبول أو الامتناع غير القاطع (تعاطي عينة). وهنا تنتهي الانتكاسة، لذلك سميت بالانتكاسة الأولية.

شكل يوضح بداية الانتكاسة ونهايتها



٥ . ٢ أنواع الإدمان

إدمان المخدرات يختلف ويتباين تبعاً لعوامل عدة، لعل من أهمها نوع المخدر، وطريقة التعاطي، ودرجة الإدمان، وشخصية المدمن، وعوامل أخرى سبق التطرق إليها. لذا فهناك عدة تصنيفات للإدمان، بناءً على التخصصات العلمية التي تهتم بدراسة الإدمان. ومن المنظور الاجتماعي يصعب وضع تصنيف كامل وواضح يطبق على سائر المجتمعات، كما أن الهدف من التصنيف من المنظور الاجتماعي ليس وضع المدمنين في قوالب ثابتة، بقدر ما هو محاولة لمعرفة العلة والمعلول.

ومن التفسيرات التي تناولت الإدمان كظاهرة اجتماعية، ومن واقع وجودها في مجتمعات العالم، تصنيف الإدمان وفقاً لمدى انتشاره في المجتمعات، وقد ظهر هذا التصنيف في عام ١٩٦٥م ليضع الإدمان في أربعة أقسام رئيسة، هي^(١):

٥ . ٢ . ١ الإدمان الفردي:

وينشأ هذا النوع من الإدمان دون أي تأثير من الآخرين المحيطين بالمدمن، وهذا النوع ينقسم بدوره إلى ثلاثة أقسام:

أ - الإدمان المقصود طبيياً. وهذا القسم يحدث فيه الإدمان أثناء العلاج الطبي، الذي يكون هدفه تسكين الأوجاع والآلام المرضية التي يعاني منها المرضى الذين تكون حالتهم غير قابلة للشفاء، وخصوصاً المرضى ذو الحالات السيئة، أو ممن هم في طريقهم للموت، كمرضى السرطان

(١) نل بيجيرو (١٩٧٨م). الإدمان أقوى دافع صناعي «ترجمة: فاروق عبدالسلام». دمشق: دار الثقافة. ص ٥٤.

مثلاً. وعلى ذلك فالإدمان في هذا القسم معلوم بوقوعه من جانب، ومن جانب آخر مبرر بقوة الدافع الطبي، كما أنه لا يشكل مشكلة كبيرة.

ب- الإدمان الناتج عن العلاج الطبي. وهذا القسم يحدث نتيجة الاستمرار في تعاطي العقاقير الطبية الموصوفة من قبل الطبيب، وتتفاقم مشكلة الإدمان حينما يتنقل المريض بين المعالجين دون تنسيق، ومن أمثلة ذلك مرضى القلق، حينما يتناولون جرعات مضاعفة من العقاقير المسكنة أو المنومة، بهدف إزالة القلق. وعلى ذلك فالإدمان في هذا القسم غير معلوم بوقوعه، مع أنه ناتج عن العلاج الطبي، إلا أن وقوع الإدمان غير مبرر، أما درجة خطورته فتعتمد على الحالة التي بلغها المدمن.

ج- الإدمان الذاتي. يسجل تاريخ المخدرات حالات من الإدمان التي وقع فيها بعض الأطباء والصيدالدة، أو حتى آخرين من العاملين في الحقل الطبي، والذي ربما يعود إلى قربهم المباشر من العقاقير^(١). وهذا القسم الثالث من الإدمان الفردي يصنف هذه الفئة في قسم خاص سواء كان الهدف من الإدمان إزالة أعراض مرضية، كالاكتئاب أو الآلام المختلفة، أو كان الهدف تسجيل أو وصف مفعول عقار معين، ووصفاً تسلسلياً مع درجات تفاعل الجسم للعقار مع كل مرة. ويندرج تحت هذا القسم الأطباء الذين يصفون العقاقير الخطرة للمرضى دون اكتراث أو محاسبة.

(١) في دراسة استخدم فيها أداة الملاحظة، لملاحظة (١٢٠) مدمناً، وجد في البيانات التعريفية أن (٦٦) منهم ينتمون إلى مهنة الطب والتمريض والصيدلة. لاحظ: أحمد عكاشة (١٩٧٦م). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية. ص ٣٥٦.

٥ . ٢ . ٢ الإدمان الوبائي

وينشأ هذا النوع من الإدمان بتأثير من الآخرين ، بمعنى أنه ينتقل كما تنتقل الأوبئة والأمراض ، وتنتشر في المجتمع . وهذا القسم له خصائص تميزه عن القسم الأول وهو الإدمان الفردي ، وهذه الخصائص هي :

١- أن الإدمان الوبائي محدود بالحدود الجغرافية للمجتمعات . على العكس من الإدمان الفردي .

٢- أن العدوى تنتشر بشكل سريع عن طريق الاتصال والتفاعل المباشر بين المدمنين (حاملين الوباء) وبين الأشخاص القابلين للإدمان (المنقول لهم الوباء).

٣- أن الإدمان الوبائي ينتشر بشكل سريع على الرغم من عدم تغير الظروف الاجتماعية ، بينما الإدمان الفردي يتغير بتغير الظروف الاجتماعية ، فهو ذو ثبات نسبي .

٤- أن الإدمان الوبائي يصيب في بداياته صغار السن ، ومع انتشاره في المجتمع يمكن أن يدخل في نطاق فئات عمرية أخرى .

٥- أن الإدمان الوبائي يصيب في بداياته فئات الرجال ، ومع انتشاره في المجتمع يتحول الإدمان الوبائي إلى إدمان مستوطن ، ويصبح ظاهرة مقبولة أو شبه مقبولة اجتماعياً ، وتزداد تدريجياً تبعاً لذلك فئة المدمنين من النساء .

٦- أن الإدمان الوبائي ينتشر في المجتمع وفقاً لعاملين :

أ - شيوع العقار أو المخدر في المجتمع .

ب- المعتقد الشعبي تجاه العقار أو المخدر .

٥ . ٢ . ٣ الإدمان المستوطن

يظهر هذا النوع من الإدمان في المجتمعات التي ينتشر فيها تعاطي المخدرات على نطاق واسع ، كالهروين في أفغانستان ، والماريوانا في الولايات المتحدة الأمريكية ، والقات في اليمن . والإدمان المستوطن يشكل عادة الصورة النهائية للإدمان الوبائي ، الذي يبدأ على نطاق ضيق ثم يبدأ في الانتشار والاتساع ، حتى يصبح إدماناً مستوطناً يسوده قبول أو شبه قبول اجتماعي ، بمعنى أن تأثيره يمتد إلى أكثر من نصف السكان ، على العكس من الإدمان الوبائي .

٥ . ٢ . ٤ الإدمان المتعدد

الإدمان المتعدد cross يرمز إلى إدمان أكثر من مادة ، أو أكثر من عقار ، بهدف مضاعفة مفعول العقار استجابة لاحتمالية الجسم ، أو لعدم توفر العقار المطلوب . ويشكل هذا النوع ظاهرة من ظواهر الإدمان التي تنتشر عادة بين المدمنين ، وغالباً ما يكون بين فئة الشباب .

٥ . ٣ . ٣ صور النظر إلى المدمن وموقف الثقافات من المخدرات:

٥ . ٣ . ١ صور النظر إلى الشخص المدمن

١ - الصورة الأولى

تنظر إلى المدمن على أنه مجرم خارق للنظام ، وقد ارتكب جرماً وضرراً بحق نفسه ، وبحق الآخرين في المجتمع . وعلى ذلك فهذه الصورة تصنف المدمن على أنه مجرم يستحق العقاب .

٢ - الصورة الثانية

تنظر إلى المدمن على أنه مريض ، ومن حقه العلاج . وعلى ذلك فهذه الصورة تصنف الإدمان على أنه مرض ، يحتاج إلى رعاية وعلاج .

٣ - الصورة الثالثة

تنظر إلى المدمن على أنه مجرم في تعاطيه للمخدر ، ومريض في إدمانه للمخدر . وبالتالي فهذه الصورة تصنف تعاطي المخدرات بالإجرام لأن المخدرات محظورة ومحرمة ، وتصنف الإدمان على أنه مرض لأن للإدمان خصائص مرضية .

٥ . ٣ . ٢ موقف الثقافات من المخدرات^(١)

١ - ثقافات تحرم تعاطي المخدرات والمسكرات ، كالمجتمعات الإسلامية ، وبعض طوائف الديانة المسيحية واليهودية .

٢ - ثقافات مزدوجة الموقف ، حيث التناقض بين المنع وعدمه ، مما يجعل أفراد المجتمع في ازدواجية ثقافية نحو المخدرات ، كالمملكة المتحدة ، والهند ، وبعض الدول الأفريقية .

٣ - ثقافات متساهلة ، حيث التراخي العام حيناً ، والتشجيع حيناً آخر ، مع توفير الإمكانيات لتعاطي المخدرات والمسكرات ، كإسبانيا ، والبرتغال .

٤ - ثقافات متساهلة بدرجة كبيرة ، حيث لا يوجد منع ، وإنما إباحية مطلقة ، كاليابان ، وفرنسا .

(١) عبدالمجيد سيد منصور (١٩٨٦م) . الإدمان : أسبابه ومظاهره . الرياض : مركز أبحاث مكافحة الجريمة ، وزارة الداخلية . ص ١٢٩ - ١٣٢ .

الفصل السادس

عوامل تعاطي المخدرات ومؤشرات الإدمان

عوامل تعاطي المخدرات ومؤشرات الإدمان

إن لتعاطي المخدرات أسباباً مختلفة ، ووجود المخدر أو توفره لا بد أن يكون سبباً قائماً بذاته . أخذاً في الاعتبار بأن توفر المخدر له أسبابه الخاصة ، وعلى هذا وذاك فالإدمان يحدث متى توفر المخدر ، وتم تعاطيه بصورة متكررة أو بشكل مستمر ، إلا أن هناك مؤشرات نستطيع من خلالها أن نتنبأ بشكل أكثر دقة ومحدودية بحدوث الإدمان ، وذلك متى توفرت العناصر السابقة ، والتي سنعرضها جميعاً ، وبشكل مفصل في هذا الفصل .

٦ . ١ عوامل وجود المخدرات

٦ . ١ . ١ العامل الاقتصادي

يشكل العائد المادي للمخدرات عاملاً قوياً لزراعتها أو صناعتها ، وترويجها بين المجتمعات .

٦ . ١ . ٢ العامل التكنولوجي

يتمثل العامل التكنولوجي في الصناعة الدوائية التي لفتت الأنظار إلى بعض الأنواع من المخدرات ، سواء الطبيعية ، أو المصنعة . وكذلك التطور التكنولوجي في وسائل النقل والمواصلات والتهريب والترويج .

٦ . ١ . ٣ العامل السياسي

يمكن أن يكون للسياسة دور في إيجاد المخدرات في منطقة معينة أو مجتمع معين ، بمعنى أنه يمكن استخدام المخدرات كسلاح لمحاربة دولة ، أو مجتمع .

٦ . ٢ أسباب تعاطي المخدرات

إن أسباب تعاطي المخدرات تختلف من مدمن لآخر، كما تختلف من مجتمع لآخر، فضلاً عن اختلافها من وقت لآخر. ولو أردنا أن نقسم الأسباب إلى رئيسة وفرعية، كما يملينا الواقع ذلك فإننا سنجد نفس الصعوبة والتعقيد، ولنفس السبب أيضاً، وهو اختلاف المدمنين وظروفهم، واختلاف المجتمعات، واختلاف الزمان. وعلى هذا كله تظل أسباب تعاطي المخدرات من الموضوعات المعقدة والمتشابكة. ورغم الكتابات الكثيرة حول هذا الموضوع، إلا أنه لا يمكن تحديد الأسباب بشكل دقيق، على الرغم من أن هناك أسباباً تقوم أو تعتمد على أسباب أخرى، بمعنى أنه على كثرة الأسباب التي كتب عنها، إلا أنه تظل هناك أسباب رئيسة وأسباب مساعدة. وسنحاول في هذا الموضوع أن نتطرق إلى كل ما يمكن أن يكون له علاقة قريبة بتعاطي المخدرات والإدمان عليها، بغض النظر عن كونه سبباً رئيساً أو سبباً مساعداً.

٦ . ٢ . ١ وجود المخدر

إن وجود المخدر وتوفره مؤشر قوي على تعاطي المخدرات والإدمان عليها، ولعل أفضل مثل على ذلك نسب تعاطي الكحول والإدمان عليه على مستوى العالم، فلولا توفره وانتشاره الكبير لما سجلت أعلى نسب من تعاطي الكحول وإدمانه في العالم. وتوفر المخدر ذو علاقة مباشرة بالقانون، والإيديولوجيا السائدة في المجتمع.

٦ . ٢ . ٢ مفعول المخدر

لكل نوع من أنواع المخدرات مفعول خاص به، وإن تشابهت بعض

الأنواع في التصنيف العام (مخدرات، منشطات، مثبطات، مهلوسات) حيث تظل بعض الفروق التي تميز كل نوع عن الآخر. ولمفعول المخدر- في بعض الأحيان- دور في تكرار التجربة، متى كان الدافع حب الاستطلاع، أما إذا كان الدافع إزالة عرض ما، أو الدخول في حالة معينة، ففي الغالب تكرار التعاطي، لما أحدثه مفعول المخدر في المرة الأولى من أثر مرغوب. وفي هذا الصدد يرى «رادو» (Rado,1933)^(١) أن بعض الناس لديهم استعداد للاستجابة الفعالة لتأثيرات أحد العقاقير.

ففي أحد الدراسات الميدانية، وجد أن بعض المتعاطين كان دافعهم الأول للتعاطي الحصول على لحظات نشوة، يعبر عنها بأنها حالة مزاجية قوامها الشعور بأن كل شيء على ما يرام^(٢).

٦ . ٢ . ٣ الشخصية

للشخصية تأثير في تعاطي المخدرات والإدمان عليها، فالشخصية الضعيفة، أو الغير متكاملة تبدو منها سلوكيات منحرفة، قد تتمثل هذه السلوكيات في تعاطي أنواع معينة من المخدرات. ويعتقد «جيلينيك» E. Jellinek بأن سبب الإدمان هو عدم تكامل بناء شخصية الفرد، حيث يكون الشخص غير متهيئاً لحل المشاكل التي تواجهه في الحياة بصورة طبيعية، ويذهب «جيلينيك» إلى أن شخصية الفرد كلما ضعفت، كلما زاد من اتجاهه

(١) عزت سيد إسماعيل (١٩٨٤م). الإدمان الكحولي: المشكلة المراوغة. مجلة العلوم الاجتماعية (عدد ٣، مجلد ١٢). الكويت: جامعة الكويت. ص ٥٢.
(٢) عفاف محمد عبد المنعم (١٩٩٨م). الإدمان: دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية. ص ١٣٣.

إلى التعاطي ، حيث يجد الراحة النفسية ، والنسيان لتلك المشاكل ^(١) . ويقصد بالشخصية الضعيفة وجود قصور مرضي في جانب أو أكثر من جوانب الشخصية . وتنقسم الشخصية إلى جانب بدني ، وجانب نفسي ، وجانب عقلي ، وللبيئة تأثير قوي على هذه الجوانب الثلاثة .

والكثير من المهتمين بموضوع الشخصية يرون بأن شخصية متعاطي أو مدمن المخدرات ، إما أن تكون شخصية سوية ومتوافقة اجتماعياً ، ولكن تعاطي المخدر تحت ضغوط أو ظروف بيئية شديدة ؛ أو تكون شخصية عصابية ؛ أو ذهانية ؛ أو سيكوباتية .

٦ . ٢ . ٤ الأسرة

للأسرة دور كبير في تشكيل شخصية الأبناء ، والتقصير في ذلك قد يكون أحد المؤشرات التي يمكن التنبؤ من خلالها بتعاطي المخدرات ، أو الانحراف بشكل عام . فالاضطراب الأسري ، والخلافات الأسرية العنيفة ، وتعاطي الأبوبين أو أحدهما للمخدرات ، وضعف الرقابة الأسرية ، وانعدام الضبط الأسري ، تمثل صوراً قد تدفع بشكل أو بآخر إلى تعاطي المخدرات . وقد أثبتت دراسات عديدة بأن وجود شخص في الأسرة يتعاطي المخدرات يرجح انخراط شخص آخر في التعاطي ، إما تقليداً للشخص الأكبر ، أو بتشجيع أو حتى تغاض منه ؛ أو يكون الترجيح عائداً إلى حالة التشابه في الظروف الداعية إلى التعاطي ^(٢) .

(١) صالح الشيخ كمر (مرجع سابق) . ص ٣٠ .

(2) Soueif, M. et al. (1980). The Egyptian Study of Chronic Cannabis Consumption. NCSCR, Cairo, p. 23.

٦ . ٢ . ٥ . الأصدقاء

لجماعة الرفاق تأثير فاعل في شخصية كل عضو من أعضاء الجماعة . وتمثل جماعة الرفاق بيئة اجتماعية صغيرة تؤثر بشكل ما على شخصية كل فرد، وعن طريق التفاعل مع جماعة الرفاق تنتقل الأفكار، وتتعلم السلوكيات سواء كانت إيجابية، أو سلبية كشرب الدخان وتعاطي المخدرات . وقد أثبتت دراسات عديدة بأن بداية تعاطي المخدرات بين الشباب كان بدعوة من صديق، أو محاباة لجماعة الرفاق .

٦ . ٢ . ٦ . وقت الفراغ

وقت الفراغ هو الوقت الذي يحسب على أنه خارج وقت العمل، وخارج الأعمال والارتباطات الاجتماعية الأخرى . والحقيقة أن مثل هذه الأوقات تسمى أوقات الفراغ إذا لم يصاحبها وسائل وأماكن ترويحية مهيئة، إضافة إلى عقل واع، يصرف هذه الأوقات فيما ينفع، أو على الأقل فيما لا يضر، فربما تكون عاملاً يؤدي إلى الانحراف وتعاطي المخدرات، لا سيما وأن تعطيل مثل هذه الأوقات يدفع إلى الضجر والسأم والشعور بالاغتراب، مما يدفع إلى ملء هذا الوقت بأي عمل كان، وخصوصاً لدى فئة الشباب التي تمتاز بالنشاط والحيوية، وتبحث عن الجديد وعن الرفاهية .

٦ . ٢ . ٧ . وسائل الإعلام

في كثير من الأحيان ترتبط وسائل الإعلام بوقت الفراغ، على أن وسائل الإعلام متنفس لوقت الفراغ، وعلى هذا أو ذاك يجب أن تكون وسيلة الإعلام إيجابية، أي لا تدعو إلى رذيلة، أو تهدم الأخلاق، بغض النظر عن محتوى المادة الإعلامية وفائدتها، المهم ألا تكون سلبية تدعو

بشكل مباشر أو غير مباشر إلى انحرافات سلوكية، كتعليم تهريب المخدرات والاتجار بها، أو تعاطيها وما تحثه من أثر بطريقة مشوقة، تدعو بشكل ما إلى التجربة والاستكشاف. ففي دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية، شملت (٤٠٠٠) فرد من مدمني المخدرات، وتوصلت الدراسة إلى أن مشكلة إدمان المخدرات تتصل وبشكل كبير بعمليات التنشئة الاجتماعية الخاطئة، التي يستقيها الأفراد من وسائل الإعلام^(١).

٦ . ٢ . ٨ ضعف الوازع الديني

يؤثر ضعف الوازع الديني على شخصية الإنسان، إذ تتولد لديه عدم مبالاة في قضايا التحريم والتحليل. وقلب المؤمن إذالم يمتلئ بالإيمان، وعدم أمن العقاب فإن قلبه سينصرف إلى المحرمات، التي يأخذها بشكل متدرج. وتعتبر المخدرات عن أكبر الأشياء حرمة، وأكثرها ضرراً على الإنسانية. ومع هذا تكون هناك دوافع أخرى تشاطر ضعف الوازع الديني للانحراف نحو المخدرات، كالاعتقاد بعدم تحريمها^(٢) أو وجود عوامل ترتبط وتتفاعل مع هذا العامل، كالعوامل الأخرى التي نتطرق إليها في هذا الموضوع.

(1) Martindale Don & Martindale Edith. (1971). The Social Dimensions of Mental Illness, Alcoholism and Drug Dependence. (Greenwood Publishing Company, West Port). pp. 311-312.

(٢) هناك دراسات أثبتت نتائجها بأن بعضاً من متعاطي أنواع معينة من المخدرات، لديهم قناعة بأن ما يتعاطونه ليس محرماً، وليس مكروهاً أيضاً. لاحظ: سعد المغربي (١٩٦٣م). ظاهرة تعاطي الحشيش: دراسة نفسية اجتماعية. القاهرة: دار المعارف. و: مصطفى سويف (١٩٧٩م). أيديولوجية الحشيش: قراءات في علم النفس الاجتماعي في الوطن العربي. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٦ . ٢ . ٩ رسوخ مفاهيم خاطئة

تؤخذ أنواع معينة من المخدرات لأهداف معينة، كأعراض صحية وهمية، أو لوهم زيادة الباءة والنشاط الجنسي، أو للهروب من الواقع المرير، أو لغير ذلك من الأسباب، التي قد تكون وهمية، أو حتى نسبية الصحة، بحيث عند قياسها مع مضار الإدمان تبدو في غاية التفاهة. فضلاً عن أن غالبية المفاهيم لا تعدو أن تكون وهمية، أو من قبيل الدعاية والإعلان الزائف غير المستند على أسس وحقائق علمية ثابتة، أو حتى شبه ثابتة.

٦ . ٢ . ١٠ البيئة والبيئة الاجتماعية

البيئة هي البيئة الطبيعية، فالبينات التي تنتشر فيها المخدرات، أو تزرع، أو تصنع فيها ينتشر فيها تعاطي المخدرات بشكل كبير. ويقصد بالبيئة الاجتماعية هي موقف المجتمع من المخدرات وتعاطيها، فقد يكون المخدر جزءاً من ثقافة المجتمع، وهذا مؤشر على انتشار ذلك النوع بين فئات المجتمع، كانتشار المشروبات الكحولية المخمرة (الواين بأنواعه وما شابهه) في المجتمع الفرنسي مثلاً. وقد تكون المخدرات ممنوعة ومحرمة كما هو الحال في المجتمعات الإسلامية، وبالتالي يكون تعاطي المخدرات سلوكاً ممقوتاً يحد من انتشارها، وعليه تقل نسب المدمنين، مقارنة بالشعوب الأخرى.

٦ . ٢ . ١١ ظروف العمل

يكون لطبيعة العمل الوظيفي دور مساعد مع بعض الحالات للوقوع في تعاطي المخدرات، حيث يسهم هذا العامل في تعاطي المخدرات من خلال طبيعة العمل، ومتطلباته، أو الجو الوظيفي، أو البيئة الوظيفية التي

هي مكان العمل . كالذي يتطلب عمله السهر المتواصل ، أو السفر الدائم ، أو العمل الشاق والمجهد ، أو الذي يعمل في شركة لتصنيع الخمر أو العقاقير ، أو الذي يعمل في مقاهي الخمر bar or disco بالنسبة للبلاد الغربية ، أو ما شابه ذلك .

٦ . ٢ . ١٢ التغير الاجتماعي

يحمل التغير الاجتماعي الكثير من المعاني ، فيمكن أن يرمز له بالمشاكل التي يتعرض لها بعض الأفراد ، والتي تمثل تغيراً بسيطاً وخصاً ، أو قد يكون كبيراً أو عاماً بأن يشمل المجتمع بكامله ، نتيجة حروب ، أو كوارث ، أو هجرة (كالعمالة الوافدة لدى بعض الدول الخليجية في فترة من الفترات) أو الاستعمار ، أو انتشار أمراض اجتماعية كالانحراف والجريمة وما شابهها ، كل هذه العوامل قد تؤثر في دفع أفراد نحو تعاطي المخدرات .

٦ . ٢ . ١٣ التأثير بمجتمعات أخرى

لعل السفر للخارج يؤكد هذا العامل في بعض الأحيان ، حيث يتأثر بعض الأفراد بالثقافات الأخرى ، انبهاراً لمجتمعات متقدمة ، ومجاراته لعادات مختلفة^(١) . ولعل وجود مركب النقص يلعب دوراً قوياً مع هذا العامل لدى بعض الأفراد .

(١) لاحظ دراسة : جهينة سلطان العيسى . تعاطي المشروبات الكحولية واتجاهاته لدى عينة من الشباب : دراسة استطلاعية . كلية الإنسانيات والعلوم الاجتماعية ، جامعة قطر .

٦ . ٣ مؤشرات الإدمان

تختلف البدايات الأولى لتعاطي المخدرات ، إلا أن الغالب أن يكون دافع التجربة ، وحب الاستطلاع أحد العوامل الأولى الدافعة للتعاطي ، إن لم يكن هو الدافع الوحيد ، وتكون نهاية مراحل الاستمرار في التعاطي مرحلة التعاطي القهري ، وفقدان القدرة على التحكم في الجرعة ، وفي وقت التعاطي ، وفي عدد مرات التعاطي ، وعلى هذه الأنماط من فقدان القدرة اتفقت كثير من وجهات النظر التي حاولت أن تحدد الإدمان أو تعرفه تعريفاً دقيقاً ، ففي مرحلة التعاطي القهري تفرض المخدرات سيطرتها على تفكير المدمن ، مما يؤثر سلوكياته وتصرفاته ، بحيث يصبح أسيراً للمخدر وبشكل لافت للنظر . والحقيقة أن هناك مؤشرات تزيد في قابلية الإدمان ، غالبها نابع من البيئة ، إلا أنها لا تشكل شرطاً قاطعاً لوقوع شخص ما في إدمان المخدرات ، ومن هذه العوامل :

٦ . ٣ . ١ وجود مشاكل اجتماعية

فالمجتمع المليء بالأمراض الاجتماعية كالانحراف والجريمة ، وانتشار المخدرات ، يشكل عاملاً يدفع نحو تعاطي المخدرات . وكذلك المجتمع المليء بالصراعات بين الطبقات ، مع سوء توزيع الفرص ، وانتشار البطالة تساعد في انتشار الأوبئة وتفشي الأمراض الاجتماعية ومنها المخدرات ، وبالتالي يكون توفر الوسيلة معيناً ، أو دافعاً على استخدامها .

٦ . ٣ . ٢ وجود مشاكل أسرية

فانعدام الضبط الاجتماعي داخل الأسرة ومنذ وقت مبكر ، يشكل احتمالية للوقوع في تعاطي المخدرات . كما أن المشاكل الأسرية التي تخلق

جو أسرياً منفراً يدفع إلى التهرب من المنزل ، ويتيح فرص لتعاطي المخدرات ومن ثم إدمانها لنسيان تلك المشاكل ، والهروب منها . كما أن وجود أحد الأبوبين يتعاطى مخدر سيكون لها تأثيره القوي في إقدام الأبناء على انتهاج ذلك المسلك .

٦ . ٣ . ٣ وجود مشاكل نفسية

ولهذه المشاكل دور في بداية التعاطي ، أو الاستمرار فيه ، أو تطوره نحو الأسوأ . فقلة تحمل الضغوط النفسية ، والنظرة التشاؤمية ، والشعور بانعدام الكفاءة الاجتماعية ، والميل نحو الانعزال ، والشعور بالاكنتاب ، تشكل مشاكل نفسية ، وفي الوقت نفسه هي صفات تنتج عن الإدمان ، بمعنى أن مثل هذه الصفات قد تدفع نحو الإدمان (كالكحوليين الراغبين في التخلص من مشكلة الاكنتاب) وقد تنتج عن تعاطي المخدرات ، رغم أنه لا يوجد إلى حد الآن دليل قاطع على وجود شخصية إدمانية .

٦ . ٣ . ٤ وجود مشاكل سلوكية .

وعلى الرغم من أن المشاكل السلوكية لها جانب نفسي ، إلا أنه يفضل عزلها كعامل مستقل ، فالشخصية المعادية للمجتمع ، وخصوصاً في مرحلة عمرية مبكرة لها تأثيرها في الإقدام على تعاطي المخدرات ، كما أن سلوكيات التعاطي وخصوصاً في بداياته ربما تكون محفزة للاستمرار في التعاطي ، كفقد الإحساس بالزمن لمتعاطي المواد الطيارة ، ونشوة تعاطي الكحول ، وما شابههما . إضافة إلى أن هناك سلوكيات أخرى تعبر عن انحراف اجتماعي كرفقة السوء ، والتأخر الدراسي ، والتي قد يكون لها تأثيرها في الوقوع في تعاطي المخدرات وإدمانها .

٦ . ٣ . ٥ وجود عوامل وراثية

فالمكون الوراثي يزيد من قابلية تعاطي المخدرات وإدمانها، بمعنى أن أبناء المتعاطين تكون لديهم قابلية تعاطي المخدر أكثر من غيرهم . والعامل الوراثي أثبتته التجارب ، ويتمثل في تأثير الجينات لدى الوالدين المتعاطين ، أو أحدهما حيث تبين أن نسبة الوراثة تبلغ واحد إلى أربعة (١ - ٤) .

والعامل الوراثي يهيئ الفرصة للوقوع في الإدمان ، وهذا ما يسمى بالاحتمالية (الاستعداد أو القابلية) للإدمان ، شأنه شأن بعض الأمراض الأخرى والاستعداد لها ، وهي قابلية نفسية وبدنية ، مثل السرطان الذي يحدث نتيجة تكاثر خلايا في الجسم بطريقة عشوائية ، فنقول إن السرطان ممكن أن يحدث حتى بدون تدخين ولكن التدخين عامل قوي ، وهذا مرتبط بالجينات أو الموروثات ، فهذا عامل جسمي ، أما العامل النفسي فهو ضعف العلاقات الأسرية أو في العمل . فعلى سبيل المثال لو أن هناك شخصين أحدهما فيه عدد من الصفات والتي منها الاستعداد ، والآخر ليس لديه الاستعداد وأعطيناها جرعة من الهيروين فالشخص الطبيعي لن يتأثر أما الذي لديه الاستعداد فسوف يطلب جرعة أخرى ثم جرعة ثالثة وهكذا .

وعلى الرغم من الدراسات التي تؤكد على وجود العامل الوراثي كمؤشر للإدمان (Bohmon, 1978)^(١) (Chafetz, 1972)^(٢) إلا أن هناك دراسات أخرى تذهب إلى إبطال العامل الوراثي في إحداث الإدمان (Kessel-Walton, 1967)^(٣) .

(١) محمد حمدي حجار (١٩٨٩م) . التدريب العلاجي الطبي السلوكي في موضوع الإدمان على المواد المبدلة للمزاج . المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب (عدد ٨ ، مجلد ٤) . الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب . ص ١٤ .

(٢) عزت سيد إسماعيل (مرجع سابق) . ص ٥٥ .

(٣) صالح الشيخ كمر (مرجع سابق) . ص ٣٥ .

الفصل السابع

النظريات المفسرة لتعاطي المخدرات وإدمانها

النظريات المفسرة لتعاطي المخدرات وإدمانها

إن تعاطي المخدر، أو حدوث الإدمان، ثم رد الفعل الاجتماعي تجاهه، يمكن التنبؤ به، ولكن ليس في كل الأحوال. فمع توفر العنصر البشري فيه الذي هو الإنسان، يجعل من قضية التغير والتبدل أمراً حتمياً، وأيضاً ليس في كل الأحوال، وهو ما يجعل العلوم الإنسانية أكثر تعقيداً، مما أدى إلى نعتها بالعلوم الغير منضبطة، وهو في الوقت نفسه يحفز العاملين في تلك العلوم على مضاعفة البحث والتقصي، وذلك من سمات العلم، ومن أخلاقيات المتعلم.

وفي هذا الفصل سنستعرض وجهات النظر المختلفة، التي من خلالها يمكن تفسير تعاطي المخدرات أو إدمانها، دون التعرض إلى أساس المدخل أو النظرية، أو حتى انتقاده، لأنها- المداخل والنظريات- في الأصل لم تبني لأجل القبول أو الرفض، سواء القبول الثابت أو القبول المؤقت، وإنما هي رؤية من جانب ينطبق عليها القبول النسبي بثبات نسبي؛ بمعنى أنه ليس قبولاً قاطعاً، وليس رفضاً قاطعاً، وفي الجانب الآخر هو ليس ثباتاً دائماً، وليس تغييراً دائماً، أي أن قيمتها ليس في صحتها، وإنما فيما تقدمه من حقائق، وفيما تنطوي عليه من تفسيرات منطقية، يمكن قبولها كسبب في تعاطي المخدرات أو إدمانها، أو الانتكاسة للمخدر (العود إلى التعاطي). لذا فهي عبارة عن مداخل أو نظريات علمية تعبر عن وجهات نظر متخصصة، ينتمي كل منها إلى علم من العلوم الإنسانية. لذا سيكون عرضنا مبنياً على الحقل العلمي الذي نبع منه ذلك المدخل، أو تلك النظرية.

٧ . ١ المنظور الاجتماعي

٧ . ١ . ١ النظرية الوظيفية

تصور النظرية الوظيفية functional theory المجتمع في صورة بناء نسقي ، وكل فرد من أفراد المجتمع يتم تحليله من حيث الأدوار والوظائف التي يقوم بها في القالب الاجتماعي بمعنى أن النظرية تركز على الدور والوظيفة التي يقوم بها الفرد في المجتمع . وتعتبر الوظيفة عن مجموعة حقوق وواجبات يعملها الفرد (شاغل الوظيفة) والعمل الذي يقوم به هو الدور (تنفيذ الحقوق والواجبات) . أما من يحدد الحقوق والواجبات فهو النسق الاجتماعي (البناء الاجتماعي) وبذلك تتكون توقعات الأفراد نحو سلوكيات بعضهم^(١) .

وعلى ذلك تفسر النظرية الوظيفية الوقوع في الإدمان بأنه فشل المدمن في أداء الأدوار التي يجب عليه تأديتها ، على أن الإدمان سلوك منحرف ، خالف التوقعات المشتركة ، والمعترف بها كأشياء شرعية ، داخل النسق الاجتماعي^(٢) .

وهناك تفسير آخر تقدمه النظرية وهو ما يتعلق بتوقعات الآخرين نحو سلوكيات بعضهم ، الذي يكون سببه الاختلاف في فهم واستيعاب حقوق وواجبات المكانة أو الوظيفة ، وبناءً على ذلك يكون هناك دور فعلي للفرد ،

(١) محمد علي محمد ، وآخرون (١٩٨٥م) . المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية . ص ٣٩٠ - ٣٩١ .

(1) Richard, Jessor. et al (1968). Society, Personality and Deviant Behavior: A study of Tri-ethnic Community. Holt, Rinehard and Winston, inc. p. 23.

ودور متوقع ، فالظروف المعيشية المعاصرة التي يكون الفرد فيها مضغوطاً بين العمل الشاق الذي يجب عليه تأديته ، وبين الأدوار المتعددة التي عليه أن يقوم بها ، والتي تتصارع مع بعضها البعض نتيجة تصارع توقعات الآخرين ، تفقد الفرد توازنه الاجتماعي ، فيلجأ إلى تعاطي المخدرات ، ثم الإدمان عليها . وهذا يكون سببه النسق الاجتماعي الذي لم يرقم بصورة مناسبة في تنظيم الحقوق والواجبات الوظيفية^(١) .

وتقدم النظرية تفسيراً لانتكاسة المدمن . فالمدمن المتعافى أو الناقه من الإدمان ، والذي سيبادر إلى ممارسة دوره القديم قبل أن يكون مدمناً ، أو يحاول أن يمارس أدواراً جديدة ، عوضاً عن أدوار فقدها ، قد لا يحظى بمصادقة الآخرين على الدور الذي سيقوم به ، فيضطر إلى العودة إلى دوره القديم المصادق عليه ، وهو دوره كمدمن^(٢) .

٧ . ١ . ٢ نظرية التعلم الاجتماعي

تذهب نظرية التعلم الاجتماعي social learning theory إلى أن الجماعات المرجعية لها دور كبير في بلورة السلوك الاجتماعي . إذ تؤكد النظرية على أن سلوكيات الإنسان هي سلوكيات متعلمة من الآخرين ، عن طريق المحاكاة والاختلاط ، فالطفل يتعلم كيف يأكل ، وكيف ينام بواسطة الجماعة المرجعية (الأسرة) . وقد ظهرت أولى فرضيات هذه النظرية للعالم الأمريكي «ادوين سذرلاند» Sutherland عام ١٩٣٩م . حيث يرى «سذرلاند» بأن السلوك الإنساني سلوك غير موروث ، وإنما يكتسبه الإنسان

(1) Jones, Brian J. et al (1988). Social Problems Issues. Opinions and Solutions McGraw-Hill, Book Company, New York. p. 19.

(2) Richard, Jessor. et al. Op, cit, p. 29.

عن طريق التعلم ، وبواسطة التفاعل والتواصل مع أشخاص آخرين ، وهذا التفاعل والتواصل تسوده الحميمية ، التي تجعل طبيعة السلوك تعتمد اعتماداً كلياً على الجماعة المرجعية ، فقد تكون الجماعة المرجعية تنتهج سلوكاً إيجابياً (غير مخالف للقانون) فهذا محفز إلى أن تكون سلوكيات أفراد الجماعة سلوكيات إيجابية ، وقد تكون الجماعة المرجعية تنتهج سلوكاً سلبياً (مخالف للقانون) وهذا محفز إلى أن تكون سلوكيات الأفراد سلبية⁽¹⁾ . ويذهب العالم الاجتماعي «تارد» Tarde إلى أن الأفراد يتعلمون السلوكيات المنحرفة كما يتعلمون المهن والحرف الأخرى ، وهو بذلك يؤكد على مفهوم التقليد imitation حيث يختار الفرد لنفسه مثلاً يحذو حذوه ، بحيث يحاول تقليده في السلوكيات والمهارات الضرورية للمساهمة في الحياة الاجتماعية ، كما يؤكد على ظاهرة الاندماج identification التي تعني ضرورة اندماج الشخص مع الجماعة ، كشرط لمبدأ المخالطة الذي بمقتضاه يتعلم الفرد السلوك من الجماعة المرجعية⁽²⁾ .

وعلى ذلك تفسر نظرية التعلم الاجتماعي تعاطي المخدرات والإدمان عليها ، بأنه سلوك متعلم ، ناتج عن مخالطة المتعاطي للجماعة المرجعية (المتعاطين) بحيث يستمر الفرد في التعاطي ليشعر بالانتماء إلى الجماعة ، كما أن الجماعة تدعم هذا السلوك ، لتشعر بأن المتعاطي أحد أعضائها الذين تربطهم رابطة خاصة وهي سلوك تعاطي المخدرات .

(1) Sutherland, Edwin & Cressey, Donald R. (1970). Criminology, 8th Edition, Lippin Cott Company, pp. 75-77.

(2) Haskel, Martin R. & Yablonsky, Lewis (1974). Juvenile Delinquency. Rand Mc-Nally College Publishing Company Chicago, pp. 343-345.

٧ . ١ . ٣ نظرية الصراع

ترجع نظرية الصراع conflict theory في تراثها التاريخي إلى الفيلسوف «هيجل» ثم تبنى النظرية من منظور اقتصادي العالم الألماني (كارل ماركس) Karl Marx ليُعبّر بها عن اتجاه ينظر إلى المجتمع بمنظور راديكالي . وبما أن النظرية في تقسيمها للمجتمع إلى شرائح اقتصادية تبدو أكثر دقة ومصداقية، حيث ترى بأن المجتمع عبارة عن طبقات تتصارع فيما بينها من أجل المصلحة الخاصة، فمشكلات الفقراء، سببها الأغنياء، وبذلك يكون العلاج الأخذ من الأغنياء وإعطاء الفقراء . إلا أنه يمكن سحب النظرية على مجالات أخرى، بل إن الواقع أحياناً يقدم لنا تفسيراً لبعض المشكلات المجتمعية، سببه صراع بين فئتين أو طبقتين اجتماعيتين، وهو ما أوضحته النظرية من خلال فرضيتها الرئيسة التي تقوم عليها، وهي فرضية الصراع، الذي ينتج عنه مشكلة أو مشكلات اجتماعية، تكون من نصيب الخاسر في ذلك الصراع، فمثلاً رفع سن التقاعد الإجباري يمنح المسنين فرصاً وظيفية، ولكنه في المقابل يقلل من الفرص الوظيفية أمام الشباب، وهكذا .

وبناءً على تلك المنطلقات تقدم النظرية تفسيراً خاصاً لتعاطي المخدرات والإدمان عليها، حيث ترى بأن متعاطي المخدرات هم من شرائح اجتماعية متماثلة دخلوا في صراع مع شرائح أخرى كان نصيبهم الخسارة، التي يعبر عنها من وجهة نظر النظرية بتعاطي المخدرات وإدمانها .

والخلاصة أن نظرية الصراع تضع المجتمع في صورة خارطة من الجماعات المتصارعة، التي تسعى لفرض خططها المصلحية على جماعة أو الجماعات الأخرى، هذه الصراعات الطبقيّة قد يكون منبعها الجنس، أو العرق، أو الدين، أو المادة . وبالتالي فإن مطالبها تكون متباينة . وبما لا

شك فيه أن الخسارة ستكون هي الأخرى متباينة، سواء في حقيقتها كخسارة، أو حتى في التعبير عنها، وهذا التباين يتفاوت من زمن لآخر، ومن جماعة لأخرى، ومن صراع لآخر.

٧ . ١ . ٤ مدخل التفكك الاجتماعي

يقوم مدخل التفكك الاجتماعي social disorganization على أن البناء الاجتماعي للمجتمع يتكون من معايير اجتماعية، يحددها المجتمع لأجل تنظيم العلاقات الاجتماعية بين أفراد المجتمع، وعلى ذلك فسلوك الأفراد يخضع دائماً للقياس بواسطة معايير المجتمع، التي هي بمثابة مقاييس تظهر إيجابية السلوك الذي يكون رد الفعل الاجتماعي تجاهه القبول، أو سلبية السلوك ويكون رد الفعل الاجتماعي الاستنكار، أو الرفض، أو العقاب القانوني، بمعنى أن المعايير الاجتماعية تضيف إلى قوتها قوة أخرى، وهي معايير القانون العام في المجتمع، الذي تربطه بالمعايير الاجتماعية روابط وثيقة. ومن وجهة نظر مدخل التفكك الاجتماعي يُعرف السلوك المنحرف بأنه سلوك الفرد المنحرف عن المعايير الاجتماعية، التي يقرها المجتمع. كما شرح «كلينارد» Clinard معنى السلوك المنحرف بأنه سلوك ذو وجهة متناقضة، أو مخالفة للمعايير التي يرتضيها المجتمع، لدرجة تجاوز السلوك لحدود التسامح المجتمعي^(١).

وبناءً على ما سبق فمدخل التفكك الاجتماعي يفسر إدمان المخدرات بأنه سلوك منحرف، ويعبر عن مشكلة اجتماعية سببها انحراف المدمن عن المعايير والقيم التي أقرها المجتمع^(٢).

(1) Richard, Jessor. et al. Op, cit, p. 23.

(٢) عبدالحكيم عفيف (١٩٨٦م). الإدمان. القاهرة: الزهراء للإعلام العربي. ص ٦٣.

٧ . ١ . ٥ مدخل الوصم

يرى مدخل الوصم labeling approach بأن لكل فرد في المجتمع مكانة اجتماعية خاصة، هذه المكانة ترتبط بالأسرة التي ينتمي إليها، والأسرة ترتبط هي الأخرى بالطبقة الاجتماعية التي يضعها المجتمع فيها، بناءً على معايير معينة يحددها المجتمع. وكأن المدخل يضع ثلاث طبقات للمجتمع، طبقة دنيا (الطبقة الكادحة) وطبقة وسطى (الطبقة البرجوازية) وطبقة عليا (الطبقة الأرستقراطية)، وعلى هذا التصنيف يتم تقييم سلوكيات أفراد المجتمع. وتأسيساً على ذلك فالسلوك المنحرف يتكون من شقين، هما السلوك المنحرف ذاته، ورد الفعل المجتمعي إزاء السلوك المنحرف. ومغزى مدخل الوصم يكمن في الشق الثاني، الذي هو رد فعل المجتمع، حيث يرى المدخل بأن السلوك المنحرف إذا كان نابعاً من فرد ينتمي إلى الطبقة الدنيا، فإنه سيواجه بالرفض والاستهجان، ثم العقاب والوصم، وعلى العكس من ذلك إذا جاء السلوك المنحرف من فرد ينتمي إلى الطبقة الوسطى، أو الطبقة العليا. والمدخل من هذا المنطلق يحاول أن يشخص بعض المتناقضات الثقافية التي تعيشها المجتمعات، والتي تعتمد في تقييمها لسلوكيات الأفراد على البناء الطبقي، مسلطاً الضوء على الطبقات الدنيا، على أن سلوكيات أفراد الطبقات الوسطى والعليا لا تشكل إشكالية من الناحية الاجتماعية، حتى وإن كانت سلوكيات منحرفة، أو مرفوضة اجتماعياً، إذ تؤخذ على أنها لون من العبث، أو مغامرة، أو أي تبرير آخر. ومن هذا المنطلق فسر مدخل الوصم تعاطي المخدرات، والإدمان عليها بأنه سلوك انحرافي أو إجرامي إذا كان من أفراد الطبقة الدنيا، وسلوك شاذ إذا كان من أفراد الطبقة الوسطى أو العليا. كما يقدم المدخل مفهوم الوصمة

labeling الذي بمقتضاها يقتنع ويرسخ لدى الشخص المتعاطي الذي ينتمي إلى الطبقة الدنيا بأنه مدمن ، مما يشكل عاملاً قوياً لاستمراره في تعاطي المخدرات .

٧ . ١ . ٦ المدخل الايكولوجي

يقوم المدخل الايكولوجي ecological approach على تقسيم المجتمع إلى مناطق ، أو مدن ، ثم تقسيمها عمرانياً ، يتوزع السكان من خلاله . والتقسيم العمراني ينطبع بطابع ثقافي مميز يظهر في تصرفات ساكنيه ، وفي معاييرهم السلوكية . كما أن هناك عوامل أخرى لها تأثيرها في تشكيل الثقافات ، فالموقع الجغرافي ، والمناخ ، والمستوى الصحي ، والمستوى التعليمي ، والصناعات ، والمواصلات ، لها تأثيرها القوي سواء على الأحياء السكنية ، أو على الفرد والمجتمع بأسره . ومن هذا المنطلق يهتم المدخل الايكولوجي بدراسة العلاقة بين الإنسان وبيئته ، لأجل الوقوف على طبيعة التفاعل بينهما ، وطبيعة التأثيرات المتبادلة بينهما .

ومن وجهة نظر المدخل الايكولوجي يفسر تعاطي المخدرات وإدمانها بأنها ظاهرة اجتماعية مرضية ، بذرت ونمت في بيئة خصبة تتميز عادة بزيادة عدد السكان ، وارتفاع معدلات الجريمة والانحراف والبطالة . ولو أردنا سحب هذا المنظور على المستوى المجتمعي لوجدنا ذلك ينطبق - إلى حد ما - على تعاطي الهيروين وإدمانه في المجتمع الباكستاني ، وتعاطي القات في المجتمع اليميني . أما على مستوى المناطق داخل المجتمع الكبير فنرى ذلك من خلال الدراسة الحضارية المقارنة في (لاوس) التي قارنت بين مجتمع (لاو) Lao ومجتمع (ماو) Meo حيث وجد أن تعاطي الكحول منتشر بين أفراد المجتمع الأول ، في حين أن تعاطي الأفيون منتشر بين أفراد المجتمع

الثاني ، ويعود ذلك إلى أن الأفيون ينمو في مزارع مجتمع (ماو)، أما مجتمع (لاو) فقد كان الأرز الذي يصنع منه الكحول شائعاً في مزارع ذلك المجتمع^(١). أما على مستوى التقسيم العمراني ، أو الأحياء السكنية داخل المدينة ، فحي (الباطنية) بمدينة القاهرة ، كان في وقت من الأوقات بيئة خصبة لتعاطي المخدرات وإدمانها .

وقد أكدت بعض الدراسات العلمية على وجود علاقة بين الوضع البيئي ، وإدمان المخدرات ، حيث يرتفع معدل استهلاك العقاقير المخدرة وإدمانها في المناطق الكبيرة ، والمهدمة والمزدحمة بالسكان ، وخصوصاً من ذوي الدخل المحدود ، ولا يقف الحد عند ذلك بل إنها تكون بيئات خصبة لأمراض اجتماعية أخرى ، كالتشرد ، والجريمة ، والبغاء ، وغيرها^(٢).

٧ . ٢ . المنظور النفسي

٧ . ٢ . ١ . مدرسة التحليل النفسي

تنظر مدرسة التحليل النفسي psycho-analytic إلى متعاطي المخدرات على أنه شخص له ميل وله استعداد نحو تعاطي المخدرات ، وهذا الاستعداد سابق لخبرة مفعول المخدر ، كما أن الاستعداد ليس إلا عرضاً لا اضطراب رئيس في شخصية الفرد المتعاطي^(٣) . ويرى «سيجمند فرويد» Sigmund

(1) Ismail, E. (1974). Some Cultural Variables Affecting the Use of Alcoholism. A paper Presented to 12th Pan Arab Medical Conference, Kuwait.

(٢) السيد متولي العشماوي (١٤١٤هـ) . الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان . الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب . ص ١٦٨ .

(٣) سعد المغربي ١٩٨٦م (مرجع سابق) . ص ٩٠ .

Freud (١٩٥٦-١٩٣٩م) مؤسس مدرسة التحليل النفسي psycho analysis وأنصاره بأن مرحلة الطفولة الأولى هي الأساس في تكوين شخصية الفرد، ويقسمون الشخصية إلى ثلاثة أقسام هي: (الأنا) و (الأنا العليا) و (الهُو)^(١). فالهُو والأنا العليا في صراع مستمر لأن طبيعة الأنا العليا رفض ما يطلب الهُو، وعلى ذلك فالأنا أو الذات لا تستطيع السماح بإشباع ما يطلبه الهُو من حاجات غريزية فطرية لا يقرها الواقع، ولا يسمح بها المجتمع، وعلى ذلك فالذات تتعرض إلى الضغط مما يشعرها بالقلق، ولو حاولت الأنا التخلص من القلق بالرضوخ عند ما يطلبه الهُو، من ممارسة للنزعات المحظورة اجتماعياً فإنها تقع في العقاب المسلط من الأنا العليا، مما يشعر الأنا بالذنب والدونية. ونخلص من هذا كله أن إدمان المخدرات من وجهة نظر مدرسة التحليل النفسي هو ناتج صراع هذه القوى الثلاث.

وبذلك ترى مدرسة التحليل النفسي أن السبب في الإقبال على المخدرات من قبل أشخاص محددين، راجع إلى الاستعداد الشخصي لديهم، حيث يكون الدافع هو نزعات نفسية مكبوتة، قد تكون حاجات

(٤) الأنا (الذات) تصور الشخص نحو نفسه، وهي المسئولة عن إرادة وتنفيذ السلوكيات. والأنا العليا هي الضمير الذي يحتوي على جملة القيم والمعايير، والمبادئ الأخلاقية التي يحكم الفرد بها دوافعه وسلوكياته. والهُو تعني الطبيعة الحيوانية للإنسان، = التي تنادي بإشباع الرغبات والدوافع، وفقاً لمبدأ اللذة، وغالب هذه الرغبات والدوافع مكبوت منذ الصغر لكونها محظورة. للتوسع في تفاصيل نظرية التحليل النفسي، لاحظ: الأنا والهُو (١٩٨٨م). تأليف: سيجمند فرويد. ترجمة: محمد عثمان نجاتي. بيروت: دار الشروق. و: معالم التحليل النفسي (١٩٨٨م). تأليف: سيجمند فرويد. ترجمة: محمد عثمان نجاتي. بيروت: دار الشروق. و: التحليل النفسي والعلاج النفسي (١٩٧٤م). تأليف: روبرت هاربر. ترجمة: سعد جلال. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

جنسية كدافع أولي ، أو لتقدير الذات إشباعاً لغريزة الحياة ، أو لتعذيب الذات إشباعاً لغريزة الموت . ولذلك فإن كل طفل قد يكون مدمناً ما لم يتعلم كيف يتحكم ويسيطر على دوافعه ونوازعه الغريزية .

ولو حاولنا تطبيق الفرضيات العلمية التي تقوم عليها مدرسة التحليل النفسي في مجال الإدمان ، فإن الفرضيات العلمية ستكون على النحو التالي :

- ١- أن الإدمان تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة .
- ٢- أن الإدمان هو تعويض عن إحباط شديد نتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية .
- ٣- أن الإدمان ناشئ عن تنشئة اجتماعية ناقصة أو خاطئة .
- ٤- أن الإدمان سلوك شخصي يشكل عصاباً *neurosis* .
- ٥- أن الإدمان سلوك يعبر عن فقد المعايير الاجتماعية .

ففي دراسة أجراها «شودركوف» Chodorkoff عام ١٩٦٤م فسر من خلالها الدافع إلى التعاطي ، وهو نقص في الأنا ، وضعف في إقامة علاقات صحية مع الآخرين . ثم أيد هذا التفسير «بلوم» Bloom من خلال دراسته التي قام بها عام ١٩٦٦م^(١) . كما يفسر «هورناي» Horney تعاطي المخدرات بأنه عدوان موجه نحو الذات ونتاج عن فقد الحب واضطراب العلاقات مع الوالدين^(٢) . ويأخذ بهذا التفسير أيضاً «كارل ميننجر» (Menninger,)

(١) عطا الخالدي (١٩٨٣م) . الإدمان على المسكر : سبل الوقاية والعلاج . أبحاث الندوة العلمية الثانية . الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب . ص ٣٠ .
(٢) عبد الكريم العفيفي (١٩٨٤م) . ظاهرة تعاطي المخدرات وأثرها على التنمية «رسالة دكتوراه» . جامعة أسيوط . ص ١٠٦ .

1938)^(١) إلا أن «ميننجر» يرى بأن سبب الرغبة في تدمير الذات هو الرغبة العدوانية، ويمثل لذلك باتجاهات الطفل العدوانية تجاه والديه ورغبته في تدميرهما، إلا أن الطفل يخشى فقد والديه فيعدل عن ذلك ويوجه العدوان نحو ذاته.

٧ . ٢ . ٢ المدرسة السلوكية

ترى المدرسة السلوكية behaviorism بأن غالبية سلوك الإنسان متعلم . لذا فهي تسمى بنظرية التعلم، وعلى ذلك فتعاطي المخدرات من وجهة نظر المدرسة السلوكية، ما هو إلا عادة شرطية تتكون بواسطة التعلم، ويكون الارتباط الشرطي بين التعاطي الذي تعلمه في بادئ الأمر وبين مفعول المخدر . وتستمر هذه العادة عن طريق ما يسمى بالتدعيم الإيجابي في نظر المتعاطي، كأن يكون المخدر جالباً للسعادة، أو منسياً لهم، أو مخفضاً للقلق، أو مزيلاً للخوف مثلاً، ومع استمرار التعاطي، يدخل المتعاطي في دائرة الإدمان . وبهذا فإن الإدمان يفسر سلوكياً بالعائد الذي يحدثه التعاطي (مفعول المخدر) والذي يدفع المتعاطي لأن يكرر التجربة مرة أخرى، ثم مرات عديدة، بحيث يحول العائد دون التفكير في الامتناع عن تعاطي المخدر وبهذا يحدث الإدمان .

كما أن هناك تفسيراً سلوكياً آخر للإدمان، وبخاصة إدمان المهدئات والأفيونات، وهو الخوف الفعلي من الامتناع عن التعاطي، أو ما يتوقعه المتعاطي من آثار الامتناع، وعلى ذلك تتكون لديه استجابة التجنب الشرطي، الداعية إلى الاستمرار في التعاطي، وهو ما يسمى بمبدأ الثواب

(١) عزت سيد إسماعيل (مرجع سابق). ص ٥٢ .

reward الذي يحدثه المخدر، حيث يوجد في جسم الإنسان عدد من الميكانيزمات التعويضية للوقاية من الألم compensatory mechanisms والتي تسمى بالأفيونات الطبيعية الموجودة في الجسم، حيث تكون هذه الأفيونات قليلة الكفاءة عند البعض، مما يدفعهم إلى طلب المزيد كأفيون من خارج الجسم يتعاطاه الشخص، وهنا يلعب مبدأ الثواب دوراً كبيراً في عملية استمرار التعاطي، ثم الدخول في دائرة الإدمان.

٧ . ٢ . ٣ مدخل سيكولوجية الذات

مدخل سيكولوجية الذات ego psychology يهتم بدراسة الأنا وحدودها، ووظائفها، وعلاقتها بالقوى النفسية الأخرى^(١) وهي تعتمد بشكل كبير على إغفال واحد من أركان نظرية التحليل النفسي، وهو (الهو) -اللاشعور- والتركيز على الأنا- الشعور- على أن الشعور هو الطاقة الوحيدة القادرة على الإحساس والإدراك والتفكير والإنجاز، ووظيفة الشعور تحقيق التكيف كعملية بنائية، أو عمل الدفاع كوظيفة وقائية تحمي الشخصية بأساليب دفاعية متعددة منها التبرير، والإسقاط، والمواجهة، وما شابهها، وعلى ذلك تكون قوة الذات بمثابة حجر الزاوية في تعديل الشخصية، وتقويمها، وخصوصاً في موازنة نزعات الهو مع الذات العليا، ثم موازنة الفرد نفسه مع بيئته الاجتماعية^(٢).

-
- (١) أنا فرويد (١٩٧٢م). الأنا وميكانيزمات الدفاع. المؤلفات الأساسية في التحليل النفسي. ترجمة: صلاح مخيمر، وعبد مبخائيل. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. ص ٧٨.
- (٢) عبدالفتاح عثمان (١٩٩٠م). خدمة الفرد في المجتمع النامي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية. ص ٤٨-٤٩.

ويفسر مدخل سيكولوجية الذات إدمان المخدرات على أنه عرض يدل على سوء قيام الشخصية بوظائفها (عدم نضج الأنا) فإن كان التعاطي سلوكاً، فهو نتاج شخصية تمتاز بالاتكالية، والاعتماد على الغير، وقصور أو انعدام تحمل الإحباط، فترى الشخصية بأن التعاطي هو وسيلة للهروب من مواجهة الواقع؛ كما تقدم النظرية تفسيراً آخر وهو ضعف الشخصية (الأنا) فتلجأ الذات إلى المخدر لأنها ترى فيه قوة لها، وفي نفس الوقت تعويضاً لها عن النقص والضعف والقصور⁽¹⁾.

ولو حاولنا تطبيق الفرضيات التي يقوم عليها مدخل سيكولوجية الذات، في مجال الإدمان فإن الفرضيات ستكون على النحو التالي:

- ١- أن الإدمان وسيلة دفاعية لمقابلة فشل الأنا في القيام بوظائفها.
- ٢- أن الإدمان وسيلة لتقوية الذات القاصرة لأجل القيام بوظائفها.

٧ . ٣ المنظور النفسي الاجتماعي

٧ . ٣ . ١ نظرية الانجراف

تقف نظرية الانجراف drift theory موقفاً وسطاً بين وجهتي نظر متناقضتين، هما النظرية الوضعية التي تقوم على فكرة السلوك الحتمي، أو الجبري، الذي يقوم به الإنسان دون أن يكون له إرادة في هذا السلوك، وبين المدرسة الكلاسيكية التي ترى بأن الإنسان هو المسئول الأول والأخير عن سلوكياته، فالسلوك المنحرف في ضوء النظرية الوضعية هو نتاج عوامل

(1) Edward, K Hant Ziar (1980). An Ego, Self-Theory of Substance Dependence, U.S. D of Health & Service, March, pp. 29-32.

خارجة عن إرادة الإنسان، بينما يكون في نظر المدرسة الكلاسيكية نتاج إرادة الإنسان واختياره الشخصي، وعلى ذلك يجب عقابه العقاب الرادع المناسب لذلك السلوك المنحرف. وبين وجهتي النظر هاتين خرج العالم «ديفيد ماتزا» D. Matza بنظرية وسط بين وجهتي النظر، حيث يقول بأن السلوك المنحرف ليس حتمياً بشكل مطلق، وفي المقابل هو ليس إرادياً بشكل مطلق، فهو يرى بأن الفرد يمثل لاحترام القانون أحياناً، ولا يمثل أحياناً أخرى، فقد ينحرف الفرد بعامل الصدفة، ثم يعود إلى السواء بعامل الصدفة، كما أنه قد يسلك السلوك المنحرف بإرادته، وهو يعلم بأنه يخالف العادات والتقاليد، ولكن تأتي عوامل أخرى تجرف الفرد نحو الاستمرار في الانحراف⁽¹⁾. وكان «ماتزا» يريد أن يقول بأن قوة الضبط الاجتماعي في المجتمع، هي السبيل الأمثل لاتقاء السلوكيات المنحرفة التي تبدر من بعض أفراد المجتمع.

وعلى ذلك تقدم النظرية تفسيراً لتعاطي المخدرات وإدمانها، كسلوك يبدر من أشخاص لا يختلفون في سماتهم وصفاتهم عن غيرهم ممن لا يتعاطون المخدرات. فهي ترى بأن المتعاطين يرون أن تعاطي المخدرات ليس سلوكاً منحرفاً، أو خاطئاً، أو على الأقل يضعون له التبريرات والأعذار، كأن يعدون تعاطي المخدرات لا يضر بأحد سواهم، بمعنى أنهم ينفون عن أنفسهم تهمة إيقاع الضرر بالآخرين، هذا ما يتعلق بمفهوم الإرادة الذي قدمته النظرية، أما ما يتعلق بمفهوم الحتمية فالتعاطي يستمر في تعاطي المخدرات تحت قوة بعض القيم الخفية في المجتمع التي تبيح التعاطي أحياناً، وتشجعه أحياناً أخرى.

(1) David, Matza (1964). Delinquency and Drift, John Wiley and Sons, Inc. New York, pp. 28-29.

فحين تضعف فعالية الضوابط الاجتماعية في المجتمع الكبير تبدأ ثقافة خفية بالظهور، كبديل ثقافي، بحيث تكون الثقافة الخفية داعية ومعززة للسلوكيات المنحرفة، أو الخارقة للقانون^(١).

٧ . ٣ . ٢ المدخل النفسي الاجتماعي

يهتم المدخل النفسي الاجتماعي psychosocial بالتركيز على الجوانب الاجتماعية في تفسير اضطراب الشخصية وانحراف السلوك، حيث تكون العمليات التي تحدث السلوك هي في الغالب عمليات خارجة عن إطار الشخصية وقوى اللاشعور. بمعنى أن المدخل ينظر إلى الإدمان على أنه وسيلة دفاع، أو وسيلة هروب من المواقف الخارجية التي لا تحمل.

كما أن هناك علاقة وثيقة بين عدم الشعور بالأمن، وبعض مظاهر السلوكيات الشاذة كالانطواء أو العدوان، فقد يوجه العدوان نحو الذات عن طريق تعاطي المخدرات. وعلى ذلك يكون المبدأ الذي يقرر السلوك البشري، ليس مبدأ الغرائز الجنسية، التي وضعها «فرويد» وإنما الحاجة إلى الأمن^(٢).

ومن الممكن إذاً بناءً على هذا المدخل القول بأن الإدمان يؤدي إحدى وظيفتين، الأولى هي الهروب من الواقع الضاغط، الذي لم يتمكن المدمن من مواجهته، والثانية أن الإدمان ميكانيزم دفاعي يمنع ظهور الأعراض النفسية، التي قد تدمر الذات، وهو في الوقت نفسه - تعاطي المخدرات - ميكانيزم ذو صفة دائرية، بمعنى أن الاستمرار في التعاطي يزيد من مرضية

(١) عدنان الدوري (١٩٨٥م). جناح الأحداث: الكتاب الأول «المشكلة والسبب».

الكويت: منشورات ذات السلاسل. ص ٢٣٦.

(٢) عدنان الدوري (المرجع السابق). ص ٢٣٦.

الأنا، بل ويذهب بعض الأطباء النفسيين إلى التفصيل في ذلك بحيث يحددون النمط السيكلولوجي لبنية الفرد في اختيار العقار، فالذين يتسمون بالهروب من الواقع، وعدم التعامل مع الموضوعات يميلون إلى الأفيونات والمغيبات، أما الذين يتسمون بالعدوانية، وتدمير الموضوعات فيميلون إلى الكحوليات^(١).

- ويرتكز المدخل النفسي الاجتماعي بشكل عام على الفرضيات التالية:
- ١- أن الإدمان قد يكون عدواناً موجهاً نحو الذات نتيجة الشعور بفقدان الأمن.
 - ٢- أن الإدمان قد يكون عدواناً موجهاً نحو الغير يتمثل في تهريب المخدرات وترويجها.
 - ٣- أن الإدمان قد يكون ناتجاً عن اضطراب في العلاقة بين الأهداف الشخصية والحاجات الاجتماعية.
 - ٤- أن الإدمان قد يكون سلوكاً تعويضياً لإثبات الذات التي عجزت عن إثبات نفسها بالشكل السوي، بمعنى أن الإدمان ناتج عن اضطراب التفاعل بين الذات والآخرين.

٧ . ٣ . ٣ مدخل العوامل المتعددة

مدخل العوامل المتعددة multi factors يرى بأن غالبية السلوكيات تأتي نتيجة مجموعة عوامل متعددة، توافقت مع بعضها البعض في صورة ديناميكية داخلية، مما يصعب الفصل بين العوامل، أو حتى تحييد بعضها

(١) فاروق سيد عبدالسلام (١٩٧٧م). سيكلولوجية الإدمان. القاهرة: عالم الكتب. ص ٦٤-٦٥.

لتفسير سلوك معين . فقد يقع الموت مثلاً ليعبر عن نتيجة نهائية بسبب عامل واحد فقط ظهر للعيان، إلا أنه ومن وجهة نظر مدخل العوامل المتعددة تظل هناك عوامل عدة غابت عن الأنظار، وساهمت في حدوث النتيجة النهائية . والحقيقة أن المدخل بقدر ما يقدمه من تفسير منطقي لأنماط السلوك البشري، إلا أنه يضع الباحثين في حيرة، بما ينطوي عليه من تفسيرات مركبة، تكونت من مجموعة عوامل بيولوجية، ونفسية، وعقلية، واجتماعية، وثقافية، وبيئية^(١).

ومدخل العوامل المتعددة يقدم لنا تفسيراً مميزاً لتعاطي المخدرات وإدمانها، إذ يرى بأن تعاطي المخدرات هو نتيجة لعوامل متعددة تتداخل مع بعضها البعض في شكل ديناميكي، كان تعاطي المخدرات ومن ثم إدمانها هو نتيجة، أو محصلة لتفاعل هذه العوامل . وبالتالي لا يمكن إرجاع سبب تعاطي المخدرات وإدمانها إلى سبب واحد، حتى وإن ظهر لنا ذلك، لأنه لا بد من أن تكون هناك عوامل أخرى مستترة، ساهمت بشكل مباشر، أو غير مباشر في اللجوء إلى تعاطي المخدرات . ومما يؤكد على منطقيته هذا المدخل، أن وجود المخدر أو توفره، يعد سبباً في تعاطي المخدرات، ومع ذلك فالذين يتعاطون المخدرات فئة من الناس، وليس جميع الناس، أي أن الذين يتعاطون المخدرات تكونت لديهم مجموعة عوامل أخرى، بجانب عامل وفرة المخدر، هذه العوامل ساهمت مع بعضها البعض في وقوع أولئك الأفراد في تعاطي المخدرات ومن ثم إدمانها.

(١) عدنان الدوري (مرجع سابق). ص ١٨١-١٨٢ .

٧ . ٤ المنظور الأنثروبولوجي

٧ . ٤ . ١ نظرية التغير الاجتماعي

ترى نظرية التغير الاجتماعي social change theory بأن الحياة قائمة على مبدأ الدينامية، التي تعني التغير المستمر؛ وعلى المستوى المجتمعي يُقصد بالتغير الاجتماعي انتقال المجتمع من الشعبية (المجتمع التقليدي) إلى المجتمع الحديث (المجتمع الصناعي). وترتبط النظرية بين الجوانب المادية والجوانب اللامادية (الأيدلوجية) في عمليات التغير، حيث يكون من المفترض أن يسير الجانبان جنباً إلى جنب، حتى لا تكون هناك فجوة كبيرة بينهما، تنبئ بوقوع مشكلات اجتماعية. وعلى ذلك فهذه النظرية ترى بأن التخلف الثقافي في بعض المجتمعات سببه تغير اجتماعي سريع للجوانب المادية (التكنولوجية) يقابله تغير اجتماعي بطيء للجوانب المعنوية. وتقدم النظرية مصطلح صدمة المستقبل future shock ليعبر عن الارتباك وفقد التوازن، الناتج عن التغير الاجتماعي السريع. الذي يصاحبه خلل في المعايير الاجتماعية، أو حدوث تغييرات في المعايير، أو وقوع صراع فيما بينها، أو بينها وبين معايير مستجدة.

وبناءً على ذلك فنظرية التغير الاجتماعي تفسر تعاطي المخدرات والمسكرات وإدمانها، تفسيراً واسع النطاق ليشمل المجتمعات التي تتعرض للتغير الاجتماعي السريع^(١). التغير السريع الذي ينجم عنه ما يسمى باللامعيارية (الأنومي) anomie التي تعني غياب المعايير الاجتماعية،

(1) Harton, D. (1973). The Function of Alcohol in Primitive Societies Across Cultural P. Study, Quarl, J. Study, A.C.4. p. 199.

وانعدام القواعد المسئولة عن توجيه سلوك الأفراد، وتنظيم أنشطتهم في إطار النظام الاجتماعي القائم، التي عبر عنها عالم الاجتماع الفرنسي «إميل دوركايم» Emile Durkhiem عند دراسته لظاهرة الانتحار في أوروبا.

ولو أردنا سحب نظرية التغير الاجتماعي على الواقع الاميريقي، فإن أفضل مثال على ذلك ما حدث في (بار) Barrow بإقليم الاسكا Alaska حيث كان غالبية مجتمع (بارو) يحترفون صيد الحيتان، وبعد اكتشاف البترول في تلك المناطق، دخلت حركة التصنيع، وازدهرت الحياة بشكل مفاجئ، نتج عنه صدمة التغير السريع لدى السكان، وانهارت المعايير الاجتماعية، وانتشرت ظاهرة شرب الكحول بشكل كبير، حتى أن معدلات الوفيات من المشروبات الكحولية تضاعف في تلك الفترة ثلاث مرات تقريباً^(١). وهذا ما أكدته إحدى الدراسات وهو أن تعاطي الكحول يتصل اتصالاً مباشراً بمستوى القلق في المجتمع، وأن المجتمعات التي تتعرض للتغير الاجتماعي تشكل حالة تساند هذه الرؤيا (Haeton, 1943)^(٢).

٧ . ٤ . ٢ مدخل البناء الاجتماعي

البناء الاجتماعي social structure هو نسيج يتكون من العلاقات الواقعية التي تربط أعضاء المجتمع ببعضهم، سواء كأفراد أو كجماعات. فهو نسيج متشابك ومتداخل من العلاقات. ومن أهم مكوناته المعايير التي هي أدوار تعمل على إرساء قواعد البناء الاجتماعي لأي مجتمع. وبناءً على المعايير ينبثق النظام العام للمجتمع، وبالتالي يمكن التنبؤ بالسلوك

(1) Jones, Brian. et al. Op, cit, p. 22.

(٢) عزت سيد إسماعيل (مرجع سابق). ص ٥٧.

الإنساني في أوضاعه الطبيعية، فأى موقف اجتماعي لا معايير له يكون مصدراً للفوضى والاضطراب^(١).

وقد أشار «روبرت ميرتون» R. Merton إلى أن البناء الاجتماعي يمارس ضغوطاً على بعض أفراد المجتمع ليسلكوا سلوكاً منحرفاً، ويفسر هذه المقولة بأن الأفراد دائماً يتطلعون إلى تحقيق أهداف، وتكون لديهم وسائل وأساليب متعددة لتحقيق هذه الأهداف، في الوقت الذي يكون أمامهم قواعد ومعايير تتحكم في متى، وأين، وكيف، تستخدم الوسائل والأساليب، وحينما يكون هناك شروخ في البناء الاجتماعي للمجتمع، بمعنى أن يكون هناك اضطراب بين الوسائل والأساليب وبين الأهداف، هنا تعاقب طموحات الأفراد التي قد ينتج عنها استخدام وسائل وأساليب غير مشروعة، يعبر عنها بأنها انتهاك للقواعد والمعايير الاجتماعية، من أجل تحقيق الأهداف والطموحات الشخصية^(٢).

ويفسر مدخل البناء الاجتماعي تعاطي المخدرات وإدمانها بأنه انتهاك لقواعد ومعايير المجتمع، سببه أن المتعاطين لم يستطيعوا تحقيق آمالهم وطموحاتهم بالوسائل المشروعة، فكان الناتج أنهم لجئوا إلى المخدرات، لأحد أمرين:

١- أن المخدرات وسيلة بديلة للوسيلة المرفوضة، التي يراد بها تحقيق الهدف. ويعبر «ميرتون» عن هذا المسلك بالابتكار، أو الإبداع innovation.

(١) قبارى محمد إسماعيل (١٩٨٠م). أصول الأنثروبولوجيا العامة. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية. ص ٢٧٨-٢٧٣.

(2) Robert, C. (1973). *Juvenile Delinquency, Concepts and Control*, Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, pp. 32-35.

٢- أن المخدرات هي مسلك للتعبير عن العزلة التي أقرها المتعاطون، حينما أعيقت أهدافهم، نتيجة الصراع بين الأهداف والوسائل. وقد عبر «ميرتون» عن هذا المسلك بالانسحاب من المجتمع.

وعلى كل الأحوال فمدخل البناء الاجتماعي يلقي باللائمة على البناء الاجتماعي الذي يحدد ويقر الأدوات أو الوسائل أو الأساليب التي من المفترض أن يهيئها المجتمع من خلال مؤسساته، للأفراد على كافة مستوياتهم لأجل تحقيق الأهداف أو الرغبات والطموحات.

٧ . ٤ . ٣ نظرية الثقافة الفرعية

تذهب نظرية الثقافة الفرعية Subculture Theory إلى أن البيئة هي المسؤولة عن صلاح وسلامة أعضائها. ولنطرح التساؤل التالي: لماذا لا يدمن المخدرات كل فرد؟ من وجهة نظر نظرية الثقافة الفرعية تكون إجابة هذا السؤال هي أن الثقافة الفرعية التي تكون داخل ثقافة المجتمع العام هي المسؤولة عن تشكيل سلوك أفرادها. بمعنى أن وجود ثقافات فرعية داخل الثقافة العامة للمجتمع يبنى بوضع غير صحي، لأن ذلك يعني عدم توافق جماعة من الناس مع ثقافة المجتمع. أما الثقافة الفرعية ذاتها فهي لا تعني عدم التوافق فقط، وإنما يمتد مفهومها إلى توافقتها على شيء قد لا يقره المجتمع، مع وجود اتصال وتفاعل بين أفراد الثقافة الفرعية، بمعنى أن تكون لها خصائص الثقافة. فالمتسولون في المجتمع قد يعبر عنهم بأنهم يشكلون ثقافة فرعية، فالتسول مرفوض اجتماعياً، ولكنه بين المتسولين شيء طيب، فانتهاك القانون بين أفراد الثقافة الفرعية (المتسولون) شيء مقبول، وربما مرغوب فيه، إلا أنه ليس شرطاً أن يكون الداعي إليه انتهاك القانون، بقدر ما يكون الهدف منه تحقيق الغاية، بغض النظر عن الوسيلة.

وعلى ذلك تفسر نظرية الثقافة الفرعية تعاطي المخدرات وإدمانها وترويجها، بمثابة ثقافة فرعية لقيت القبول من جماعة داخل المجتمع، وتشكلت في صورة ثقافة بينهم، تحدد نوع المادة، وطريقة التعاطي، ووقت التعاطي، وطرق البيع والشراء، وما إلى ذلك. كما تقدم النظرية تفسيراً آخراً لتعاطي المخدرات وإدمانها، وهو أن المتعاطين هم أفراد قد سلخوا هذا المسلك لعدم قدرتهم على التوافق مع مجموعة القيم التي يقرها المجتمع، فأصبحوا في عزلة اجتماعية، أو شبه عزلة، فكان الترابط بينهم هو العزلة، وعدم الانخراط في الإطار القيمي للمجتمع، وأصبحوا في حاجة إلى قيم خاصة بهم، ومجتمع يشجع هذه القيم، أو حتى يتقبلها، هذا المجتمع هو مجتمع المدمنين الذين تشكلت له ثقافته الخاصة المتمثلة في قبول تعاطي المخدرات وإدمانها.

ويرى «ألبرت كوهين» Albert Cohen بأن عامل الثقافة الفرعية لإدمان المخدرات يظهر كمواجهة للمشكلات المشتركة بين أفراد الثقافة الفرعية (المدمنون) مع الثقافة العامة للمجتمع، حيث أثبت «كوهين» ذلك من خلال دراسته التتبعية لمائة من مدمني مخدرات يتتمون لشرائح مختلفة من مجتمع ولاية (كنتاكي) الأمريكية، كما يؤكد «أودونيل» (O'Donnell, 1967)^(١) أن الدراسات التي تناولت التحليل الاجتماعي للثقافة، أشارت إلى ثقافة المدمن الفرعية، حينما ثبت أن المدمنين أعضاء في ثقافة فرعية، لها خصائصها المتميزة من اتصال بين الأعضاء، واعتراف بالعضوية، وتعليم وتعلم، وصولاً إلى القيم والمعتقدات والاتجاهات والأحاسيس والاهتمامات المشتركة.

(١) السيد متولي العشماوي (مرجع سابق). ص ١٥٢-١٥٣.

٧ . ٥ المنظور الفارموكولوجي

٧ . ٥ . ١ نظرية التمثيل الغذائي

ترى هذه النظرية بأن الشخص يبدأ في التعاطي لأجل الحصول على النشوة التي يحدثها المخدر . ومع الاستمرار في التعاطي ، ثم الزيادة في الجرعة لأجل الوصول إلى مستوى الانتعاش ، أو النشوة التي عهدتها الجسم من المخدر ، تدخل المادة الأساسية في تركيب المخدر في المراحل الأساسية في التمثيل الغذائي والحيوي داخل خلايا جسم الإنسان ، وبهذا يصبح ذلك النوع ضرورة للجسم ، ويصعب الاستغناء عنه ، لكونه أصبح جزءاً من التكوين البدني للمدمن ، بحيث يعتمد عليه الجسم في عمليات الأداء الأمثل لوظائفه الطبيعية^(١) .

٧ . ٥ . ٢ نظرية وجود المستقبلات العصبية الخاصة بالأفيون

يعد التقرير الصادر عن شعبة الصحة والخدمات الإنسانية في أمريكا ، والخاص باكتشاف النظام الأفيوني الطبيعي aphid system (الببتيد ومستقبلاتها) في جسم الإنسان ، حدثاً مهماً في طريق تفسير الإدمان من المنظور الفارموكولوجي ، حيث أشار التقرير أن في داخل جسم كل الإنسان نظام اتصال فسيولوجي يقوم بإنتاج مواد أفيونية طبيعية ، داخلية ضمن التكوين البشري ، لحاجة الإنسان إليها في تخفيف الآلام الجسدية والنفسية ، كالاكتئاب مثلاً^(٢) .

(١) أحمد أبو الروس (بدون تاريخ) . مشكلة المخدرات والإدمان . الإسكندرية : دار المطبوعات الجامعية . ص ٩٠ .

(٢) حمد المرزوقي وآخرون (١٤١٤هـ) . إدمان المخدرات في أوساط الشباب . الرياض : مركز أبحاث مكافحة الجريمة ، وزارة الداخلية . ص ١٤ .

وبعد ذلك التقرير توالى الدراسات المعملية، التي أكدت على أن المستقبلات توجد في الأعصاب الطرفية، والنخاع الشوكي، والغدد النخامية، وأماكن أخرى داخل المخ، وبتعاطي المادة الأفيونية تعتمد هذه الخلايا اعتماداً كلياً على الأفيون الخارجي، ولا تتأثر بالأفيون الداخلي (الطبيعي)^(١) حيث بمجرد تفاعل الأفيون الطبيعي (الببتيد) مع جزيئية مستقبلية من خلية أخرى ينتهي دور الأفيون الطبيعي، ويبدأ عمل المستقبلية بإحداث تغييرات داخل الخلية تؤثر على محتوى المورثات، وأشياء أخرى. ومحصلة نشاطات الجزيئية المستقبلية وتفاعلها مع الجزيئات الموجودة قرب الجدار الداخلي للخلية، هو التحكم في أحاسيس الألم، والضغط، وميكينزمات الثواب، وعمل الغدد الصماء، والتنسيق الحركي، والتعلم، والذاكرة^(٢).

٧ . ٥ . ٣ نظرية الاندومورفين

أسهمت الأبحاث العلمية في تفسير إحساس الإنسان بالألم، وحاولت الوصول إلى حقائق علمية تكشف النقاب عن سبب إدمان الجسم على مادة أو عقار معين، حيث اكتشف أن بعض الأحماض الأمينية في مخ الإنسان ذات تركيب كيميائي شبيه بتركيب المورفين، إضافة إلى أن له خواصاً فسيولوجية مشابهة، بل أقوى من المورفين بكثير، وسميت تلك المواد بالاندومورفين، ويمكن استخلاصها من الغدة النخامية الموجودة في قاع المخ، فعلى سبيل المثال لو تعرضت الشعيرات العصبية الموجودة في المخ إلى جرعات متكررة من الهيروين، فإن الخلايا المنتجة للاندومورفين

(١) أحمد أبو الروس (مرجع سابق). ص ٩١ .

(٢) حمد المرزوقي وآخرون (مرجع سابق). ص ١٤ .

تتوقف عن إفراز الاندومورفين ، ويعتمد الجسم على جرعات الهيروين للقيام بوظائفه ، وبهذا يحدث الإدمان ، بدليل أننا لو قطعنا الهيروين عن الجسم فجأة لأحدث الانقطاع آثاراً وآلاماً وهي ما تسمى بالأعراض الإنسحابية الناتجة عن الإدمان ، كما أن هناك بعض الأفراد الذين لديهم نقص تكويني في أجسامهم لمادة الاندومورفين ، وتكون قابلية الإدمان لدى هؤلاء أكثر من غيرهم^(١) .

٧ . ٦ المنظور الديني

يعد تعاطي المخدرات من المنظور الديني انحرافاً عن قيم وقواعد الدين المتمثلة في الأوامر والنواهي ، أو جهلاً بأحكامه وقواعده . أما بالنسبة للأديان أو المعتقدات التي لا تحرم المسكرات والمخدرات فتختلف نظرة الناس إلى المخدرات ، بمعنى أن نظرة المجتمع تتوقف إلى حد كبير على المعتقد الديني نحو المخدرات وتعاطيها .

وللدين في حياة المجتمعات أثر كبير ، سواء في أفكارهم ، أو في سلوكياتهم وتعاملاتهم مع بعضهم البعض ، بغض النظر عن مدى تطبيق جميع أفراد المجتمع لأسس الدين وقواعده كاملة ، وخصوصاً ما يتعلق بالغيبيات ، والإيمان بها وبتفاصيلها .

يقول «دوركايم» في هذا الخصوص : إن الدين يهتم بالعلاقات بين الناس ، وتنظيم حياة الجماعات ، وسن ضوابط أخلاقية تضمن استقرار المجتمع^(٢) . وتأسيساً على ذلك كله سيتم التطرق إلى الأديان السماوية

(١) أحمد أبو الروس (مرجع سابق) . ص ٩٠-٩١ .

(٢) محمد إبراهيم الفيومي (١٩٧٧م) . قضايا في علم الاجتماع الإسلامي . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية . ص ٢٨-٢٩ .

الثلاثة، وهي الأكثر انتشاراً في العالم على وجه التقريب، لكونها أدياناً أساسية، للنظر في موقفها من المسكرات والمخدرات بشكل عام.

٧ . ٦ . ١ الدين اليهودي

يعتبر الدين اليهودي من الديانات السماوية القديمة، التي دعت إلى الفضائل، ونهت عن الرذائل، مؤكدة على احترام الإنسان، وحاشية على عمل الخير، وتجنب الشر، وكل ما يضر بالنفس أو الغير.

وقد جاء في التوراة نهبي قاطع عن شرب الخمر والمسكرات في أماكن الاجتماع المقدس، حيث ورد ذلك في كلام الرب الموجه إلى هارون قائلاً: «خمرًا ومسكرًا لا تشرب أنت وبنوك معك عند دخولكم خيمة الاجتماع، لكيلا تموتوا فرضاً دهرياً في أجيالكم، وللتمييز بين المقدس والمحلل، وبين النجس والطاهر، ولتعليم بني إسرائيل جميع الفرائض التي كلمهم الرب بيد موسى» (سفر اللاويين-إصحاح ١٠ : ٨-١١)^(١). كما ورد: «وكلم الرب موسى قائلاً: كلم بني إسرائيل، وأتل لهم إذا انفرز رجل، أو امرأة لينذر نذر النذير يتندر للرب، فعن الخمر والمسكر يفترز، ولا يشرب خل الخمر، ولا خل المسكر، ولا يشرب من نقيع العنب، ولا يأكل عنباً رطباً، ولا يابساً، كل أيام نذره لا يأكل من كل ما يعمل من حفنة الخمر من العجم حتى القشر» (سفر العدد-إصحاح ٦ : ١-٩)^(٢).

(١) سامية الساعاتي (١٩٨٣م). حول ثقافة تعاطي الحشيش في المجتمع المصري. المؤتمر الثامن للإحصاء والبحوث العلمية والاجتماعية «ندوة مشكلة المخدرات» من ٣-٤ أبريل. ص ١.

(٢) جمعة علي الخولي (١٤٠٣هـ). المسكرات والمخدرات في الشرائع السماوية. المؤتمر الإسلامي العالمي لمكافحة المسكرات والمخدرات. المدينة المنورة: الجامعة الإسلامية. ص ٢٢.

وعلى كل الأحوال فقد أصدر «ناحوم أفندي» حاخام اليهود في مصر خطاباً رسمياً عام ١٩٢٢م يعلن فيه أن دين اليهود، ينهى أشد النهي عن تعاطي الخمر، وينذر بالوعيد على من يتخذونها شراباً^(١).

مما سبق ذكره يتضح بأن الدين اليهودي يحرم تعاطي الخمر، وما في حكمه كالمخدرات، لاشتمالها على خاصية غياب العقل، وفقد الاتزان، ودعوة إلى الرذيلة.

٧ . ٦ . ٢ الدين المسيحي

لقد جاء الدين المسيحي داعياً إلى تحريم المخدرات والمسكرات، ورد ذلك في سفر الأمثال: «لن الويل، لمن الشقاء، لمن المخاصمات، لمن الكرب، لمن الجراحات بلا سبب، لمن إزمهرا العينين؟ للذين يدمنون الخمر، الذين يدخلون في طلب الشراب الممزوج، لا تنظر إلى الخمر إذا احمرت، حين يظهر حبابها في الكأس وساعت مرققة، لكنها في الآخر تلسع كالحية، وتلدغ كالأفعوان» (سفر الأمثال-إصحاح ٢٣ : ٢٩-٣٢) كما ورد أيضاً: «الخمر مستهزئة، والمسكر عجاج، ومن يترنح بهما فليس بحكيم» (سفر الأمثال-إصحاح ٢٠ : ١) وجاء فيه كذلك: «لا تكن من بين شاربي الخمر، من المتلفين أجسادهم، لأن السكير والمسرف يفتقران» (سفر الأمثال-إصحاح ٢٣ : ٢٠-٢١)^(٢).

وجاء في سفر حبقوق النبي: «حقاً أن الخمر غادرة . . ويل لمن يسقى صاحبه ويسفح له مرارته، ويسكره لينظر إلى سوءاتهم» (سفر التكوين-

(١) جمعة علي الخولي (المرجع السابق). ص ٣٢.

(٢) محمد مياسا (١٩٩٧م). مأساة الإدمان: الإدمان سيكولوجيا وقاية وعلاجاً. بيروت: دار الجيل. ص ٢٦٩-٢٧٢.

إصحاح ٩ : ٢٢). كما جاء في سفر يشوع بن سيراخ : «لا تكن ذا بأس تجاه الخمر، فإن الخمر أهلكت الكثيرين . . الإفراط من شرب الخمر خصومة ونزاع، الإفراط من شرب الخمر مرارة للنفس، السكر يهيج غضب الجاهل لمصرعه، ويقلل القوة، ويكثر الجراح» (فر سيراخ - إصحاح ٣١ : ٣٠-٤٢) وقد ورد في الدين المسيحي وجوب طرد السكيرين من مكان العبادة (الكنيسة) وقطعهم من شراكة العباد (المؤمنين) : «إن كان أحد مدعواً أخاً زانيا . . أو سكيراً، أو خاطفاً أن لا تخالطوا ولا تؤاكلوا مثل هذا» (١ كورنثوس ٥ : ١١). إضافة إلى ذلك ورد في الدين المسيحي عقاب في حق متعاطي المخدرات والمسكرات، حيث جاء في الرسالة الأولى إلى كورنثوس : «لا تظلموا، لا زناة . . ولا سكيرون، ولا شتامون، ولا خطافون، ولا خاطفون يرثون ملكوت الله» (٦ : ٩ - ١٠). ومن السياق السابق يتضح بأن الدين المسيحي ركز على الخمر والمسكرات، وأخذ تحريم المخدرات الأخرى قياساً لما لها من آثار سلبية على جسم الإنسان، وعلى المجتمع ككل، شأنها شأن جرائم القتل التي تهدد الإنسانية بكاملها^(١).

وعلى كل الأحوال فقد ورد على لسان أحد رجال الدين المسيحي في بيان رسمي قوله : «لا يجوز مطلقاً للمؤمنين بدين المسيح معاطاة المسكر . . .» وختم خطابه مشيراً إلى أن الخمر والمخدرات رذيلة تعتبر سبب كل جريمة، ومصيبة؛ كما تكلم الكاردينال «انطونيو» بلسان الكنيسة الكاثوليكية البابوية في المؤتمر الثامن عشر، المنعقد في بلجيكا عام ١٩٢٨م قوله : «أود أن أعلن هنا باسم الكنيسة الكاثوليكية أن المسيحية الحقنة تحرم على اتباعها

(١) الانبا غريغورس (١٩٨٦م). رأي المسيحية في المخدرات. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. ص ٣١ : ٣٣ - ٣٤ : ٣٩.

شرب الخمر، ولا ترى في منعها اعتداءً على الحرية الشخصية، بل إنه احترام لحرية المجتمع، وصونه من عدوان السكارى على غيرهم من الأفراد. . «(١).

٧ . ٦ . ٣ الدين الإسلامي

يعتبر القرآن الكريم هو المصدر التشريعي الأول للدين الإسلامي، وقد نزلت آيات القرآن تترى على الرسول محمد ﷺ. وأول ما نزل في المسكر قوله تعالى: ﴿يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ قُلْ فِيهِمَا إِثْمٌ كَبِيرٌ وَمَنَافِعُ لِلنَّاسِ وَإِثْمُهُمَا أَكْبَرُ مِنْ نَفْعِهِمَا...﴾ (٢٩) ﴿٢﴾. وحينما قرئت هذه الآية على عمر ابن الخطاب رضي الله عنه قال: «اللهم بين لنا في الخمر بياناً شافياً» (٣) فنزلت الآية: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَقْرَبُوا الصَّلَاةَ وَأَنْتُمْ سُكَارَى حَتَّى تَعْلَمُوا مَا تَقُولُونَ...﴾ (٤٣) ﴿٤﴾. ثم نزل قوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رَجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تَفْلَحُونَ﴾ (٩٠) ﴿٥﴾. وَمِنَ لَفْظٍ وَيَصِدَّكُمْ عَنِ ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ﴾ (٩١) ﴿٥﴾. ومن سياق الآيات السابقة نرى كيف حرم الدين الإسلامي الخمر لما يترتب عليه من مضار تؤثر على العقل، وقدرة التمييز، وتؤثر على العلاقات الاجتماعية، كما أن ورود التحريم جاء بأسلوب متدرج، ومقنع من حيث توضيح الآثار الضارة للخمر، أخذاً بقاعدة تعتبر

(١) جمعة علي الخولي (مرجع سابق). ص ٣٢.

(٢) سورة البقرة، الآية ٢١٩.

(٣) إسماعيل بن عمر بن كثير ١٩٩٣م). تفسير القرآن العظيم (الجزء الثاني).

بيروت: المكتبة العصرية. ص ٨٧.

(٤) سورة النساء، الآية ٤٣.

(٥) سورة المائدة، الآيتان ٩٠، ٩١.

من قواعد الدين الإسلامي وهي دفع المضار، وسد ذرائع الفساد، ودرء
المفاسد من المقاصد الضرورية للدين الإسلامي حماية للنفس البشرية^(١).

كما تعتبر السنة النبوية هي المصدر التشريعي الثاني للدين الإسلامي،
وقد ورد أكثر من حديث عن تحريم الخمر. من ذلك الحديث الذي روته أم
سلمه حيث قالت أن رسول الله ﷺ نهى عن كل مسكر ومفتر^(٢). كما
أشارت السنة إلى تحريم كل ما يؤثر على العقل من خمر أو غيره. من ذلك
حديث «كل مسكر خمر وكل خمر حرام»^(٣) وروى جابر رضي الله عنه أن
رجلاً سأل النبي ﷺ عن شراب يشربونه بأرضهم من الذرة، فقال له النبي
أهو مسكر؟ قال: نعم، قال ﷺ: «كل مسكر حرام وأن على الله عهداً لمن
شرب المسكرات، أن يسقيه الله من طينة الخبال، قالوا يارسول الله، وما
طينة الخبال؟ قال: عرق أهل النار» رواه مسلم^(٤). كما أن في الحديث أيضاً
«ما أسكر كثيره فقليله حرام»^(٥)، وكذلك قول الرسول ﷺ: «لعن الله الخمر
وشاربها وساقيتها وبائعها ومبتاعها وعاصرها ومعتصرها وآكل ثمنها،
وحاملها والمحمولة إليه» وناقلة القول أن علماء الإسلام حرموا المسكرات
تحريراً قاطعاً، وألحقوا بها النبيذ المسكر، بغض النظر عن المادة المكوّن منها،

(١) محمد الأحمد أبو النور (١٩٨٥م). حكم تناول المخدرات والمفترات وتداولها
في التشريع الإسلامي القانوني. القاهرة: وزارة الأوقاف، المجلس الأعلى
للشؤون الإسلامية. ص ٩١ : ١٧٠.

(٢) أحمد علي طه ريان (١٩٨٤م). المخدرات بين الطب والفقہ. القاهرة: دار
الاعتصام. ص ٥٨ : ٥٩.

(٣) صحيح مسلم، الحديث رقم ١٥٨٧، كتاب الأشربة.

(٤) أحمد جامع، ومحمد فتحي عيد (١٩٧٩م). المخدرات في رأي الإسلام: سلسلة
البحوث الإسلامية (السنة العاشرة، الكتاب السابع). القاهرة. ص ٢٨.

(٥) سنن أبي داود ٨٧/٤ كتاب الأشربة.

واستفاض البعض إلى كل ما يؤدي إلى السكر من غير الأشربة كالحشيش وغيره^(١).

كما أكد علماء الدين الإسلامي على انطباق خصائص الخمر على المخدرات الأخرى، لما لها من تأثير على العقل، الذي هو محل التكليف، يؤكد على ذلك آيات القرآن الكثيرة المختومة بقوله تعالى: ﴿يا أولي الأبواب﴾ أي يا أصحاب العقول. كما أن المفتر والمسكر تدخل معها المخدرات الأخرى في الحرمة، لاشتراكهما معاً في علة الحرمة التي هي الإسكار، فضلاً عن أن التخدير الذي يلحق بالحواس والأطراف يزيد تأثيره السيئ، مما يجعله أكثر شراً، وأعظم ضرراً من الخمر، كما أكد على ذلك أحد أئمة الدين الإسلامي وهو الإمام الحافظ ابن حجر العسقلاني^(٢). وقد تمت عملية القياس بالنسبة للمخدرات على الخمر، اعتماداً على أركان أربعة، والأصل، والفرع، والعلة، والحكم الذي هو كل شيء يغيب العقل فهو خمر، ولا فرق بين مادة وأخرى، سواء كانت مادة صلبة، أم سائلة، وسواء كانت مشروبة، أم مستنشقة، أم غير ذلك.

من عرض المنظورات السابقة، ووجهات النظر التي حملتها، تأكيد على ما يرد من أن الحقيقة ذات أوجه متعددة، ومستويات متعددة، بالضبط كما نصور منظرًا بألة التصوير الفوتوغرافية، التي تعتمد بشكل كبير على المكان، أو الجهة التي التقطت منها الصورة. وهذا بطبيعة الحال لا يقلل من

(١) محمد بوساق الجزائري (١٤١٧هـ). تحريم المسكرات في الشريعة الإسلامية. الرياض: المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب (عدد ٢١، مجلد ١١). ص ١٠٩ : ١١٦.

(٢) أحمد علي طه ريان (مرجع سابق). ص ٥٨ : ٥٩.

الجهد أو العمل المبذول ، وهو في الوقت ذاته يحفز على تكرار التصوير بشكل مرتب ، لتقديم صورة بانورامية ، تحكي الواقع الفعلي ، الذي نحن في حاجة إليه ، لتفسير واحدة من القضايا ذات الاختلاف والرأي والجدل ، وهي قضية متشعبة لكونها تبحث عن : من ؟ ومتى ؟ ولماذا ؟ وكيف ؟ يتم تعاطي المخدرات والإدمان عليها .

الفصل الثامن

آثار تعاطي المخدرات والإدمان

آثار تعاطي المخدرات وإدمانها

إن آثار تعاطي المخدرات وإدمانها كثيرة ومتداخلة، إلا أن عملية التقسيم التي سيتم تبنيها في هذا الفصل، هي لزيادة الإيضاح، دون التوسع في التقسيمات، حيث سنقتصر في تقسيم الآثار على ثلاثة أقسام: آثار صحية، وآثار اجتماعية، وآثار نفسية.

٨ . ١ الآثار الصحية

عرفنا أن العقار يؤثر على جهاز المكافأة في المخ، والمخ هو جهاز رئيسي في جسم الإنسان، يستقبل المحسوسات البصرية عن طريق العينين، والمحسوسات السمية عن طريق الأذنين، والمحسوسات الشمية عن طريق فتحتي الأنف وأعصاب الشم، والمحسوسات الذوقية عن طريق أطراف الأعصاب في الفم، والمحسوسات اللمسية عن طريق أعصاب الجلد المنتشرة في جميع مناطق الجسم المغطى بالجلد. وينتشر على سطح المخ الأمامي مراكز لهذه الأحاسيس، وفي قاع المخ الأمامي مراكز للقلب والتنفس، وتوازن حرارة الجسم، ويخرج من المخ بلايين الأسلاك الكهربائية إلى النخاع المستطيل، الذي ينقسم إلى قسمين، أعصاب تحمل معلومات من الأطراف، وأعصاب تحمل أوامر من المخ لتقوم العضلات بعمل ما.

شكل يوضح المخ وأجزائه

وتأثير المخدر على المخ، يتم من خلال عملية التعزيز التي تتباين حسب عدد مرات التعاطي، وكذا حسب الكمية المتعاطاة. وحينما يتعود الجسم على المخدر ولا تعمل الوظائف إلا بوجود المخدر تحدث عملية الانسحاب (الأعراض الانسحابية)، حيث تستشعر المستقبلات الموجودة في الجسم بعدم وجود المخدر، إلى أن يتعاطى فتعود وظائف الجسم لطبيعتها مع وجود المخدر، وبقاء المخدر في الجسم يختلف من عقار لآخر فالهيروين مثلاً فترة بقاءه قصيرة، أما المورفين فهو أطول من الهيروين، في حين أن الميثادون أطول الجميع بقاءً، أما الكبتاجون فهو يظل في الجسم ستة أشهر، بينما الحشيش يبقى في الجسم أربعة أسابيع تقريباً.

ومن المعروف أن طبيعة كل جسم تعمل على مكافحة أي عقار يدخل الجسم، وكل جسم يحاول أن يعمل بصورة طبيعية وهو ما يسمى (الأداء

الأمثل). ولكن حينما يدخل عقار له صفة إدمان يحصل للخلايا اضطراب وتصبح لا تعمل اعتماداً على وجود ذلك العقار، أو تعمل ولكن ليس بصورة طبيعية. وفي كل جسم مستقبلات تناسب كل نوع من أنواع المخدرات بل ولجميع العقاقير، ويمكن أن نلاحظ ذلك في المضادات الحيوية المتنوعة التي لها مستقبلات في الجسم وتعمل على مكافحة البكتيريا الموجودة في الجسم. كما أن في الجسم أندومورفين طبيعي له تأثيره مع مستقبلات الجسم التي تخصص في استقبال كل عقار.

شكل يوضح الخلية العصبية وأجزاءها

وسوف نفصل الآثار الصحية للمخدرات وفقاً لأنواعها المختلفة :
أ- هناك تسعة أعراض مختلفة لمجموعة الأفيونات ما عدا الهيروين الذي يأخذ العرض الأول فقط، وهذه الأعراض تؤخذ على أنها تأثيرات أيضاً، وهي :
١- الإحساس بالنشوة .
٢- ضيق في التنفس .

٣- ضيق في بؤبؤة العين .

٤- مسكن مؤقت للآلام .

٥- مثبط لحالة الجسم .

٦- موقف للكحة .

٧- تقيوء أو رغبة في التقيوء .

٨- الاعتمادية .

٩- الإمساك .

وما يسبب الوفاة في كثير من الأوقات هو الفشل في التنفس .

ب- التأثيرات المزمنة للكحول :

١- زيادة الاحتمالية (الزيادة المستمرة في كميات التعاطي) .

٢- الاعتمادية .

٣- التأثير على الأعصاب ، والناقلات الكيميائية نتيجة تآكل الأغشية

الدهنية المغلفة للعصب .

٤- تليف الكبد .

وتظل أعلى نسب الوفاة تحدث نتيجة تعاطي أو إدمان الكحول ، أكثر

من نسب متعاطي أو مدمني الهيروين ، ففي أمريكا مثلاً ، وحسب

إحصائيات وزارة الصحة الأمريكية ، بلغ عدد الوفيات لعام ١٩٩٠م

ما يلي :

٤٥٠,٠٠٠ بسبب السجائر .

١٠٠,٠٠٠ بسبب الكحول .

٢٥,٠٠٠ بسبب المخدرات الأخرى .

وفي أمريكا يتم علاج النيكوتين لأنه إدمان ، ويكون الشخص عرضة أكثر لإدمان مواد إدمانية أخرى ، وذلك لتعوده وإدمانه على مواجهة مشكلته مع النيكوتين .

ج- تأثيرات نبات القنب الهندي : تصنف الماريوانا أو الحشيش من نبات القنب ، ويختلف تأثيرها تبعاً لنقائها ، وزيت الحشيش أقوى أثراً من الحشيش ذاته ، وسيجارة الحشيش تقابل (٦٠) سيجارة تبغ . ومن آثار الحشيش ما يلي :

١- التأثير على التمييز للأشياء .

٢- التأثير على الذاكرة .

٣- إحداث القلق مع الشعور بالاسترخاء .

٤- الشعور بالنشوة .

٥- آثار سلبية على الرثة .

د- التأثيرات المزمنة لتعاطي الحشيش أو الماريوانا :

١- القلق الحاد .

٢- الاضطرابات أو المخاوف المرضية .

٣- الهلوس .

٤- الهذيان .

٥- جنون العظمة (البارانويا) .

٦- الذهان المصاحب للتعاطي . وإن كان هناك اختلاف على ذلك .

٧- السموم . أو الإصابة بالتسمم .

هـ- تأثير تعاطي العقاقير المنبهة (مثل الأمفيتامينات والكوكايين والكراك والقات وغيرها):

١- ارتفاع الحالة النفسية .

٢- التسمم .

٣- الذهان .

٤- التهيج .

٥- مزاج اكتئابي .

٦- أفكار انتحارية .

(شكل يلخص تأثيرات الأمفيتامينات على العقل وعلى الجسم)

العقل	الجسم
تقليل الإجهاد	تزايد ضربات القلب
زيادة الثقة	ارتفاع ضغط الدم
لشعور المتزايد باليقظة	انخفاض الشهية
الأرق - الثرثرة	ازدياد معدل التنفس
تزايد حدة الطبع والتهيج	عدم القدرة على النوم
الرغبة والخوف من المرتقب	التعرق
فقدان الثقة في الناس	جفاف الفم
نمط سلوكي متكرر	انتفاض العضلات
الهلوسة	تشنجات
الذهان	ارتفاع حرارة الجسم (حمى)
	ألم بالصدر
	عدم انتظام ضربات القلب
	الوفاة نتيجة لجرعة زائدة

جرعة منخفضة

↓

↓

↓

↓

↓

↓

جرعة زائدة

و- تأثير تعاطي العقاقير المهدئة (مجموعة الباربيتورات):

- ١- الارتخاء الجسدي .
- ٢- فقدان المهارة الحركية .
- ٣- اضطراب في الجهاز التنفسي .
- ٤- فقدان مهارة الخطابة والتحدث .
- ٥- ضعف في الذاكرة أو فقدانها .
- ٦- مع الاستمرار في التعاطي تؤدي إلى الجنون (فقدان العقل) .
- ٧- مع زيادة الجرعات تؤدي إلى الغيبوبة أو الوفاة .

شكل يوضح تأثير الجرعات الاعتمادية
للعقاقير المسكنة للجهاز العصبي المركزي)

٨ . ٢ الآثار الاجتماعية

أثبتت كثير من الدراسات العلمية وفي كثير من المجتمعات بأن المخدرات تخلف آثاراً اجتماعية سلبية وكثيرة وخطيرة في الوقت ذاته، والكثير من تلك الدراسات أجمعت على أن مدمن المخدرات يتصف بعدم النضج الاجتماعي، حيث تبدو مظاهر ذلك فيما يلي:

١- الانطواء.

٢- ارتكاب أفعال غير أخلاقية.

٣- الإتيان بتصرفات غير سوية يرفضها المجتمع، وكثيراً ما تكون خارقة للقانون.

والآثار الاجتماعية للإدمان تختلف من شخص لآخر، حسب الطبيعة الشخصية، وحسب طول فترة الإدمان، وقد يكون لنوع المخدر أثر في ذلك، إلا أن المتفق عليه أن المخدرات تؤثر بشكل ملحوظ وقوي على العلاقات الاجتماعية للمدمن، فالطالب تظهر آثار الإدمان عليه في تكرار الرسوب، وكثرة الهروب من المدرسة، وتأخر دراسي بشكل عام. أما الموظف فمن حيث كثرة الغياب عن العمل، والتشاجر أثناء العمل، وعدم الاهتمام بالمظهر. وعن الجو الأسري تؤثر المخدرات على الفرد وتضعف قدرته على التكيف الأسري السليم، يصاحبها سوء خلق في التعامل مع الأسرة، إضافة إلى المضار التي سيجلبها للأسرة ومكانتها بشكل عام، وعلى الأفراد بشكل منفرد، فالمخدرات ستوقع المدمن في المحذور من حيث عقوق الوالدين، كما قد يؤثر تعاطي المخدرات والإدمان عليها على الأخوات اللاتي في سن الزواج، بحيث تصبح الأسرة غير مرغوب فيها بشكل عام؛ كل هذا والمدمن منعدم الإحساس غير شاعر بهذه المآسي وغيرها، فاحساساته متمركزة حول المخدر والحصول عليه.

ففي دراسة «فردمان وركمور» Freadman & Rochmor إشارة إلى أن الجنود الأمريكيين في الحرب العالمية الثانية كانوا ينسحبون من معسكرات القتال، ويذهبون لتعاطي الحشيش، مع علمهم المسبق أن هذا العمل سيعرضهم للمحاكمة العسكرية الشديدة، مما يؤكد على ضعف القدرة الشخصية أمام المخدر، وعدم المبالاة للأمر وإن كانت في غاية الأهمية^(١).

وبما أن المجتمع يتشكل في أساسه من الفرد والأسرة فإن التأثير على هذه الأسس يسبب خللاً في البنيان بكامله وهو المجتمع، فرب الأسرة حينما يكون مدمناً للمخدرات فهو مؤشر إلى أن جزءاً كبيراً من ماله سيصرفه في الحصول على المخدر، يقابل ذلك العجز الذي ستواجهه الأسرة في متطلباتها الغذائية والاستهلاكية والصحية والسكنية؛ وهذا العجز ربما يضطر الأم أو الأبناء إلى البحث عن عمل قد يكون من الأعمال غير المشروعة كالسول والدعارة أو حتى السرقة. كل ذلك سيكون في ظل غياب الأب الذي يفترض أن يكون سلطة ضابطة داخل المنزل، يحافظ على رعاية أولاده وبناته، ويكون قدوة حسنة لهم. وغياب السلطة من المرجح أن ينتج عنه انحراف الأبناء وانهيار الأسرة. ففي دراسة عن الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، تبين من الدراسة أن العوامل الاجتماعية كان لها التأثير الأول على تعاطي المخدرات، وقد كان للعوامل الأسرية الترتيب الأول، حيث أجاب (٦٠٪) من مجتمع البحث، بأن عدم وجود رقابة من جانب الوالدين كان سبباً في تعاطي المخدرات^(٢). كما تبين أن نسبة كبيرة من متعاطي المخدرات في أسر كان الأباء أو الأخوة الكبار يتعاطون المخدرات، والذي

(١) سعد المغربي ١٩٨٤م. (مرجع سابق). ص ١٢٦-١٢٧.

(٢) رشاد أحمد عبداللطيف (١٩٩٢م). الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

كان له الأثر السبيى على التنشئة الاجتماعية . كما وجد أن هناك ارتباط بين انحراف الأحداث وتفكك الأسرة الذي كان الإدمان على المخدرات سبباً رئيساً في حدوثه . وفي دراسة أخرى عن العلاقة بين غياب الوالدين واستخدام المخدرات كدراسة مقارنة بين الأسر المفككة ، والأسر غير المفككة ، جاءت النتائج مؤكدة على أن استخدام المخدرات بين أبناء الأسر المفككة أكثر بكثير من استخدام المخدرات بين الأسر المترابطة^(١) .

وقد أثبتت الدراسات والإحصائيات وجود علاقة قوية بين تعاطي المخدرات وحدوث بعض الجرائم ، حيث تمثل الرغبة القهرية في التعاطي ، وتفادي أعراض الانقطاع عاملاً قوياً في انتهاج سلوك ضار بالمجتمع ، كالكذب والخيانة والسرقة والاعتداء والانحلال الخلقي . وبشكل عام فالإدمان كثيراً ما يقود الشخص مهما كان اتزانه في التعاطي لأن ينحرف ، وربما ساقه انحرافه إلى سلوك إجرامي يسئ إليه وإلى أسرته ويعاقب عليه القانون . ففي فرنسا وجد أن (٦٦٪) من جرائم الاعتداء على الغير ، و (٨٢٪) من جرائم العنف كلها بسبب الخمر^(٢) .

كما أوضح التقرير الصادر عن إدارة الصحة والرعاية الاجتماعية بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٨٣م أن من جملة الآثار الاجتماعية الناتجة عن تعاطي المخدرات والمسكرات ما يلي^(٣) :

(1) Morris, Earl W. (1983). Absent Fathers and Problem Behavior, A comparison of Children from Broken and Nonbroken Homes. West Michigan University.

(٢) عبدالرحمن مصيقر (١٩٨١م) . ظاهرة تعاطي الخمر والمخدرات في البحرين . المنامة : جمعية الاجتماعيين البحرينيين ، وزارة الإعلام . ص ١٧ .

(3) Thomas, J. et al. (1988). Introduction to Social Problems Macmillan Publishing Company, N.Y. pp. 310-311: 330.

١- المشاكل الأسرية: حيث أظهر التقرير بأن (٤٠٪) من القضايا المعروضة على المحاكم، من المشاكل الأسرية، وأن متعاطي الكحول لديهم استعداد أكثر من غيرهم للانفصال عن زوجاتهم.

ويقدر عدد الذين يتعاطون المشروبات الكحولية في الولايات المتحدة الأمريكية، أكثر من (١٠٠) مليون، منهم (٦ - ١٠) ملايين يصنفون على أنهم مدمنون، يُضاف إليهم مليون من المراهقين (٢١ سنة) وعلى ذلك يتوقع أن يكون هناك (٧٠) مليون أمريكي يعانون من مشكلات اجتماعية سببها تعاطي المخدرات وإدمانها^(١). ولعل هذا يؤكد ما أثبتته عدد من الدراسات ويخالف ما هو شائع، حيث أثبتت الدراسات أن الكحول يؤدي إلى الضعف الجنسي حسب نسبة الكحول في الدم، إذ أن المستويات العالية من التركيز الكحولي في الدم يؤدي إلى فشل جنسي تام، هذا بالنسبة للرجل، أما بالنسبة للمرأة فالأقرب للحقيقة أن المرأة الكحولية متوترة دائماً وتتجنب الاتصال الجنسي^(٢).

٢- الحوادث: أوضح التقرير أن واحداً من بين ثلاثة حوادث مرورية ناتجة عن تعاطي الكحول، أو المخدرات الأخرى.

وقد عملت دراسة في مدينة (أوتاوا) الكندية على عينة قوامها (٤٨٤) حالة من حالات الإصابة القاتلة في حوادث الطريق، ثبت من خلالها بأن (٦٧٪) من وفيات الحوادث كانت بسبب تعاطي المخدرات^(٣).

(١) محمد حمدي حجار (١٩٩٢م). العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات وللمؤثرات العقلية. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. ص ٢٣.

(٢) عزت سيد إسماعيل (مرجع سابق). ص ٤٨-٤٩.

(٣) مصطفى سوييف (مرجع سابق). ص ١٧٠-١٧١.

٣- الجريمة : أشار التقرير إلى أن غالبية المجرمين ارتكبوا حوادث القتل وهم تحت تأثير مخدر أو مسكر .

وقد طبقت دراسة علمية في (بلتيمور) بالولايات المتحدة الأمريكية، على (٢٤٣) مدمناً للهيروين، وكان من نتائجها أن معدلات الجرائم التي ارتكبوها كانت في ازدياد، وبشكل يومي - تقريباً - منذ بدء إدمانهم^(١).

كما أفاد التقرير الأمريكي بأن معظم أنواع المخدرات تسبب مشاكل صحية، تصل إلى درجة الموت، ويعد تعاطي الهيروين والكحول في الولايات المتحدة الأمريكية أعلى معدل للوفيات، مقارنة بمعدلات الوفيات للمخدرات الأخرى، وعن الخسارة الاقتصادية جاء في التقرير بأن الولايات المتحدة الأمريكية فقدت ما قيمته (٥٤٣) بليون دولار نتيجة تعاطي الكحول فقط .

أما عن المخدرات الأخرى وآثارها الاقتصادية على أمريكا فتقدر بحوالي ٧٠ بليون دولار أمريكي في كل عام^(٢).

٨ . ٣ الآثار النفسية

لتعاطي المخدرات آثار نفسية، وللإدمان عليها آثار نفسية قد تكون مختلفة كلياً عن آثار التعاطي التي تحدث أثناء التخدير وتحت مفعول المخدر . والحقيقة أن الآثار النفسية للتعاطي والإدمان تختلف عادة تبعاً لنوعية المادة المتعاطاة، وتبعاً للحالة النفسية وقت التعاطي، وتبعاً للخلفية الذاتية عن المادة، وتبعاً لعوامل أخرى، كالمستوى الثقافي للمتعاطي، وطريقة التعاطي .

(١) مصطفى سوييف (مرجع سابق) . ص ١٦٢-١٦٣ .

(٢) محمد حمدي حجار ١٩٩٢م (المرجع السابق) . ص ٢٣-٢٤ .

ويكاد يكون من المتفق عليه أن تعاطي المسكرات والمخدرات والمؤثرات العقلية على المدى الطويل يسبب، أو حتى يساعد على ظهور كثير من الاضطرابات النفسية، تتأرجح بين ثلاثة أنماط نفسية هي :

٨ . ٣ . ١ اضطرابات سارة

ولعل من أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً هو جنون الهذاء (البارانويا) paranoia ويصنف هذا الاضطراب ضمن الأمراض النفسية الذهانية، ويظهر هذا الاضطراب في صورة أفكار، ومعتقدات غير واقعية، ويغلب على هذه الأفكار والمعتقدات حالة الطرب، وشعور القوة والعظمة . ويتميز هذا النوع من الاضطراب باحتفاظ الشخصية عادة بقدر جيد من الإمكانيات العقلية، خصوصاً مستوى الذكاء، وقوة الذاكرة، أما السلوكيات الظاهرة فهي تدور حول الهذات التي يؤمن بها إيماناً راسخاً، مسخراً إمكانياته العقلية للبرهنة على صدق أفكاره ومخيلاته التي غالباً ما تتمحور حول ثلاثة أنواع :

١ - هذاء العظمة : كأن يعتقد بأنه أقوى شخص في الوجود، أو أنه أذكى شخص في الكون .

٢ - هذاء الاضطهاد : كأن يعتقد بأنه يطارد من قبل عصابة، أو مطلوب إعدامه من قبل دولة .

٣ - هذاء الغيرة : كأن يغار على زوجته غير معقولة، ودون مبرر لها، وقد تصل الغيرة إلى مرحلة جنونية تؤدي إلى قتل الزوجة .

كما قد يصاحب هذات المدمن بعض الهلاوس (السمعية، أو البصرية، أو اللمسية، أو الشمية) التي يكون لها علاقة، أو تؤيد أفكار المدمن ومعتقداته . ومن بين الاضطرابات السارة الهوس mania الذي

يصنف على أنه من الأمراض النفسية الذهانية، وأهم أعراضه كمرض :
١- الابتهاج الشديد .

٢- السرعة والخفة في الحركة والنشاط السلوكي .

٣- السرعة في النشاط الذهني (العقلي) دون ضابط يحكم السرعة، أو يزن الأمور التي يحكمها العقل .

٤- فرط العاطفة .

والهوس كاضطراب يجعل المتعاطي أو المدمن يشعر بالطرب والسعادة، ويبدو كثير الكلام، وقد يبدو عليه شيء من القلق . كما قد يعقب نوبات الهوس حالات اكتئاب، ومع الاستمرار على الحال المتبدل (هوس - اكتئاب) يدخل الشخص حالة الجنون الدوري .

٨ . ٣ . ٢ اضطرابات غير سارة

ولعل من أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً الاكتئاب depression الذي يصنف على أنه من الأمراض الذهانية، وهو عبارة عن مجموعة من ردود الأفعال والأحاسيس والانفعالات التي تتميز عادة بالحزن، ووهن العزيمة، واليأس، والتشاؤم من المستقبل . كأن يشعر المدمن بحالة حزن شديد، وشعور بالإثم وتقليل الذات أو احتقارها، وغالباً ما يبكي على أشياء لم يرتكبها، وأحياناً على مجرد أفكار لم ينفذها . وللاكتئاب ثلاثة مستويات، هي الاكتئاب الخفيف، والاكتئاب الحد، والذهول الاكتئابي . ومن خصائص الاكتئاب كمرض :

١- اليأس والحزن الشديد .

٢- صعوبة في التفكير، وقلة الكلام .

٣- كساد في القوى الحيوية والحركية ، وهبوط في النشاط الوظيفي .

٤- قلة النوم .

٥- فقدان شهية الأكل .

٦- مخاوف .

٧- أفكار سوداوية ، مع تردد شديد .

ومع حالات الاكتئاب الشديد (مستوى الذهول الاكتئابي) قد يقدم المدمن على الانتحار للخلاص من التردد والقلق والأفكار المؤلمة . وقد يصاحب الاكتئاب بعض الهلاوس والبهذات .

٨ . ٣ . ٣ اضطرابات متبلدة

وفيها يكون المدمن متبلد العاطفة ، لا تثيره المنبهات السارة أو غير السارة . ويصنف هذا النوع من بين الأمراض النفسية بالفصام schizophrenia وهو من الأمراض الذهانية ، ومن أهم أعراضه البلادة الانفعالية ، حيث لا يتفاعل مع الحوادث بموضوعية ، فلا يحزن على موت قريب ، ويضحك على مواقف لا تجلب الضحك . ويحدث التبلد بدون حدوث الفصام ، حيث يحدث ما يسمى بخلل التبلد . ومن خصائصه كمرض نفسي ، الانفعال والانسحاب من المجتمع ، وعدم المبالاة ، وعدم الاهتمام بمشاعر الآخرين . وإذا كانت هذه الصفات متأصلة ، ومستمرة مع المدمن فإنه يشخص على أنه يعاني من اضطراب الشخصية الفصامية ، وإن كان عمره أقل من (١٨) سنة فإنه يشخص على أنه يعاني من اضطراب الفصام الطفولي . وينقسم الفصام إلى أربعة أقسام :

١- البسيط simple وأهم أعراضه الانسحاب والبعد عن الواقع .

٢- الهذائي paranoid وأكثر أعراضه الهذات المختلفة كالشعور بالعظمة،
أو الشعور بالاضطهاد.

٣- الكاتاتوني catatonic وأكثر أعراضه التعبيرات العضوية الشاذة، إيجاباً
أو سلباً.

٤- التوحدي hebephrenic وأهم أعراضه الانفراد والتوحد والعزلة عن
الآخرين وعن المجتمع بشكل عام.

الفصل التاسع
أهمية التدخل المهني للخدمة الاجتماعية
في مجال إدمان المخدرات

أهمية التدخل المهني للخدمة الاجتماعية

في مجال إدمان المخدرات

تقدم الخدمة الاجتماعية ثلاثة مستويات أو أدوار من الخدمات ، هي :
الوقاية، والعلاج، والتأهيل . ورغم ترابط هذه المستويات أو الأدوار، إلا أن لكل منها أهميته الخاصة، وأدواره المتميزة، والتي تتطلب إعداداً نظرياً، ومهارات أثناء الممارسة المهنية . والخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات كأحد المجالات الحديثة، لا بد أن يكون لها تلك الخدمات التي تنطلق من وقاية الأفراد، وعلاج المدمنين، وتأهيل الناقهين، ولعل ذلك يكون على التصور التالي :

٩ . ١ الدور الوقائي

حينما نستعرض موضوع تاريخ المخدرات في الفصل الثالث، نتعرف على أن المخدرات مشكلة أزلية، امتدت على مدى تاريخ طويل لتلقي بظلالها على سائر المجتمعات، عن طريق الاحتكاك الثقافي، والتطور والتقدم في وسائل النقل والمواصلات، وهو ما يعطي أهمية خاصة للجانب الوقائي . ويقصد بالوقاية في مجال إدمان المخدرات كأحد مجالات الخدمة الاجتماعية تلك الجهود الرامية إلى منع الوقوع في تعاطي المخدرات، بل ومحاولة تجنب الأفراد العوامل المؤدية إلى التعاطي، أو الحد من الاستمرار في التعاطي والتخفيف من آثاره . وعند الحديث عن الدور الوقائي الذي يمكن أن تقوم به مهنة الخدمة الاجتماعية تجاه إدمان المخدرات، هناك نقاط تتعلق بالجانب الوقائي لا بد من التعرف عليها، حتى يمكن وضع خطة استراتيجية للوقاية من الإدمان، فمعرفة حجم المشكلة، وأنواع المخدرات

المستخدمة والمدمن عليها، وكيفية استخدامها، والحصول عليها، والفئات الأكثر استخداماً، من أساسيات التخطيط الجيد.

والواقع أن العملية الوقائية يمكن أن تنطلق من خمس جهات رئيسية أو أكثر، وهي: الأسرة، والمؤسسات التربوية والتعليمية، والمؤسسات الصحية، ومؤسسات الإعلام، والقوانين والتشريعات. وبما أن الأسرة هي ذات العلاقة المباشرة بالخدمة الاجتماعية، لذا سيدور موضوع الوقاية ضد تعاطي المخدرات والإدمان عليها، حول الأسرة والتنشئة الاجتماعية، وما يتعلق بها، كالضبط الاجتماعي، وأهميته للحماية والوقاية من الوقوع في براثن المخدرات.

وينظر إلى التنشئة الاجتماعية على أنها عملية تربوية من خلالها يتم تلقين وتعليم الفرد، خلال مراحل نموه أنماط السلوك والتفكير والشعور الإيجابي، التي تتوافق مع البيئة والثقافة التي يعيش فيها^(١). وهناك منظور يفسر تعاطي المخدرات على أنه نتاج تنشئة اجتماعية فاشلة، حيث يصور التعاطي في شكل عدم القدرة على مواجهة موقف أو أزمة، بمعنى أن التنشئة الاجتماعية لم تعلم الشخص طرق التعامل مع الموقف أو الأزمة، التي يكون التعاطي والاستمرار فيه هو نتيجة حتمية لهذا الفشل^(٢). ويوضح منظور التنشئة الاجتماعية الإدمان في صورة خروج عن القانون العام للمجتمع، أو مخالفته، وذلك من خلال ما تغرسه التنشئة الاجتماعية في نفوس الأفراد من هيبة للقانون، وخوف من العقاب عند تخطيه، والذي يقدم بواسطة

(١) سعد المغربي، وأحمد الليثي (١٩٦٧م). المجرمون. القاهرة: مكتبة القاهرة الحديثة. ص ٢٢٠.

(2) Martindale Don & Martindal Edith. Op, cit, pp. 309-310.

العلاقة الحميمة والعاطفية بين الطفل وأبوية، فكلما شعر الطفل بالحرمان نتيجة تجاوزه النظام الصغير (النظام الأسري) كلما احترم هذا النظام ووقف عند حدوده، ثم ينطبق الشيء نفسه على النظام الكبير (النظام المجتمعي) ويتدعم ذلك من خلال ملاحظته لاحترام والديه لتلك الأنظمة^(١).

وتبدأ التنشئة الاجتماعية من مرحلة الطفولة التي بدورها تبدأ من اليوم الأول الذي يخرج فيه الطفل من بطن أمه، ومن هذا اليوم يبدأ الطفل في الاعتماد على والديه، وهنا يكون للوالدين الحق في وضع القيود على تصرفات الطفل، كأوقات الأكل، وأوقات الدراسة، وأوقات اللعب، وأوقات الخروج، والسلوكيات المطلوبة لكل وقت من هذه الأوقات^(٢).

وتعد الأسرة بالنسبة للطفل هي المدرسة الأولى، ففيها تتكون الشخصية، وينتبع السلوك، وتستقى ثقافة المجتمع، ويتعلم الطفل الصواب والخطأ. وبشكل عام تكون الأسرة المستقرة التي تشبع حاجات الطفل الأساسية، والتي تتميز بتجاوب عاطفي بين أفرادها عاملاً مهماً في سعادة الطفل، أما الأسرة ذات العلاقات المضطربة فهي التي تقع فيها الانحرافات الاجتماعية، والاضطرابات النفسية^(٣).

والواقع أن مفهوم التنشئة الاجتماعية مفهوم واسع وكبير، إلا أن هناك مطالب تؤدي إلى تحقيق التنشئة الاجتماعية، التي هي كما سبق عملية تربوية

(1) Haskel, Martin R. & Lewis Yablonsky. Op, cit, pp. 343-344.

(٢) روبرت ل. ديبونت (١٩٨٩م). مكافحة العقاقير المؤدية للإدمان. ترجمة: وليد الترك ورياض عوض. عمان: مركز الكتب الأردنية. ص ٢٦٦.

(٣) محمد شفيق. السلوك الإنساني: مدخل إلى علم النفس الاجتماعي. الشركة المتحدة للطباعة والنشر والتوزيع. ص ٢٤.

تحدد أنماط السلوك، وتبني شخصية اجتماعية سوية. وهذه المطالب يمكن اختصارها في النقاط التالية^(١):

- ١- إيجاد تفاعل اجتماعي إيجابي وسليم بين جميع أفراد الأسرة.
 - ٢- تبادل مشاعر الحب والعطف بين الوالدين والطفل.
 - ٣- معاملة الطفل بعدالة وعدم التفريق بينه وبين أشقائه.
 - ٤- تشجيع الطفل على السلوكيات الإيجابية وعدم تضخيم السلوكيات السلبية والمعاقبة عليها بما يتناسب مع الذنب.
 - ٥- إتاحة الفرصة للطفل لأن يعبر عن ذاته سواء في سلوكياته أو آرائه.
 - ٦- عدم مقارنة الطفل بغيره.
 - ٧- معاملة الطفل باتزان دون تدليل زائد أو قسوة زائدة من قبل الوالدين.
- وقد أيدت الخبرات الإنسانية، وبرهنت التجارب العلمية على أهمية التربية الأسرية في تكوين شخصيات الأبناء، ذلك أن الفرد في مرحلة الطفولة لا يكون خاضعاً لتأثير أي جماعة كتأثير الجماعة الأسرية، وعلى ذلك يكون سهل التشكيل داخل الأسرة، وشديد القابلية للإيحاء وللتعلم، وفي الوقت ذاته يكون في حاجة مستمرة لمن يعوله ويرعى حاجاته العضوية والنفسية المختلفة، وتبدو مرحلة الطفولة المبكرة أكثر أهمية من غيرها لما ينغرس فيها من عادات واتجاهات وعواطف، يصعب تبديلها في المستقبل، كما أن للأسرة دوراً كبيراً في عملية الضبط الاجتماعي، المتمثلة في نقل القيم الخلقية للأبناء بدءاً من المهد وحتى مرحلة الاستقلال للأبناء، كل ذلك يتطلب القدوة الصالحة من الأبوين، ومن المحيطين بالفرد^(٢).

(١) مختار حمزة (١٩٨٢م). أسس علم النفس الاجتماعي. جدة: دار البيان. ص ٢١٣-٢٢٣.

(٢) محمد بن معجب الحامد (١٤١٥هـ). دور المؤسسات التربوية غير الرسمية في عملية الضبط الاجتماعي: دراسة ميدانية في علم اجتماع التربية. الرياض: مركز أبحاث مكافحة الجريمة، وزارة الداخلية. ص ٧٤-٧٥.

وبشكل عام فإن للأسرة دوراً حيوياً ومهماً في وقاية أبنائها من المخدرات، ولعل الدور التوعوي للأبناء، وعوامل الثقيف تشكل عاملاً مهماً في التنشئة الاجتماعية لهم، إلا أن الجو الأسري الصحي يعد أولياً، بل ربما شرطاً يتحقق بمقتضاه الدور التوعوي والثقيفي، الذي يقوم على التصحيح، والتوجيه، والإرشاد؛ تصحيح السلوكيات التي يقوم بها الأبناء، وتوجيههم في اختيار البرامج التلفزيونية، والإذاعية، والمواد الأخرى المقروءة المناسبة لهم من حيث السن والثقافة، إضافة إلى إرشادهم نحو اختيار الأصدقاء والرفقاء. ويعد التفاعل الأسري مطلباً أساسياً للحياة الأسرية الصحية، وقد أجريت دراسة ميدانية عن انحراف الأحداث طبقت على ثلاث دول عربية جاءت نتائجها مؤكدة على أن طبيعة العلاقة السائدة بين الآباء والأبناء كانت سبباً رئيساً في الانحراف، وقد وصفت الدراسة العلاقة بأنها غير واضحة المعالم بين الطرفين، وتبين أن غالبية الآباء لم يخططوا لبناء علاقة سليمة تهدف إلى مساعدة أبنائهم في مرحلة الطفولة^(١). وقد أشارت مجموعة من الدراسات في مجتمعات متعددة بأن تعاطي المخدرات يبدأ من سن (١٢-١٦) سنة^(٢) بمعنى أن مرحلة الطفولة المتأخرة، وبداية مرحلة المراهقة تشكل جانباً مهماً من التكوين الاجتماعي والنفسي لدى الأفراد، ويمثل الوالدان (الأب والأم) ركنين أساسيين في البناء

(١) تماضر حسون (١٤١٥هـ). انحراف الأحداث الذكور في الوطن العربي: دراسة ميدانية لثلاثة أقطار عربية (المغرب، السعودية، سورية). الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

(٢) لاحظ:

- ناصر ثابت (١٩٨٤م). المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات. الكويت: ذات السلاسل.
- رشاد أحمد عبداللطيف (١٩٩٢١). الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

الأسري، فعنهما يتدرب الأبناء على احترام العادات والتقاليد والأنظمة والقوانين، كما يتعلم أفراد الأسرة من والديهم أهمية الدور الأسري، والقيمة الاجتماعية لهذا الدور. والأسرة عند تلبيتها لحاجات أفرادها، وخصوصاً الصغار تكون بذلك تزرع فيهم سلوكيات تنسجم مع المعايير والقواعد الاجتماعية في إطار الثقافة العامة للمجتمع، كما ترسخ في أذهانهم النموذج الاجتماعي للأسرة المبني على التماسك والانضباط بين الأفراد بعضهم ببعض، وبينهم وبين قوانين المجتمع، مما يشعرهم بخطورة تخطي قوانين المجتمع، وسعيًا للقبول والتفاعل الأسري والاجتماعي السليم^(١).

وبما أن مرحلة المراهقة يشعر الفرد فيها بكيانه ومظهره الشخصي، وحب المنافسة، والرغبة في الاستقلال، لذا فالمراهق عادة في حاجة لأن يستمع له والداه، وأن تؤخذ آراؤه وتكون محل الاحترام، ويناقش على أنه رجل، وإذا لم يتحقق له هذا فإنه سيبحث عن هذه المطالب خارج المنزل، مما قد يترتب عليه نتائج سلبية عليه وعلى الأسرة ككل. فالمراهق في حاجة إلى أسرته، والأسرة في حاجة إلى ابنها، وعلى ذلك تقع على الوالدين مسئولية كبيرة في معرفة خصائص مرحلة المراهقة للأولاد والبنات، والتعامل مع الأبناء في ضوء هذه الخصائص، تعاملًا يتسم بالانزان وعدم الإفراط، والإيجابية. ففي أحد الدراسات العلمية عن الإجراءات الوقائية والعلاجية لمشكلة المخدرات في الوطن العربي اتضح أنه من خلال سنوات المراهقة المتأخرة (١٥ - ١٨) سنة يتبين إلى حد كبير أسلوب حياة البالغين

(١) تماضر حسون، وحسين الرفاعي (١٩٨٨م). المشكلات الأمنية المصاحبة لنمو المدن والهجرة إليها. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. ص ١٢١-١٢٤.

المستقبلي ، حيث أوضحت الدراسة بأن (٧٥٪) من البالغين المتعاطين للمخدرات قد بدؤوا في تعاطي المخدرات وهم في مرحلة المراهقة المتأخرة^(١). كما أثبتت دراسات أخرى بأن مدمني المخدرات كانت بداياتهم الأولى مع المخدرات ، قبل سن العشرين^(٢).

وتمتاز مرحلة المراهقة بكثرة الخلاف بين الآباء والأبناء الذي قد يكون سببه الصراع الثقافي ، الذي يعني التفاوت بين جيل الآباء وجيل الأبناء ، الآباء الذين يرفضون التغيير ، والأبناء الذين يرغبون في أن يعيشوا حياتهم المتطورة كما هي ، وغالباً ما يكون الجيل القديم (جيل الآباء) يفتقر إلى الأسلوب السليم للتواصل الفكري الناضج مع الجيل الجديد ، مما يخلق هوة بين الآباء والأبناء ، وكثيراً من المجتمعات المعاصرة التي تعاني من مشكلات الإدمان والانحراف ، لم تعد الأسرة فيها اليوم تؤدي دورها ووظيفتها الأولية ، وهي القيام بدور التنشئة الاجتماعية المطلوبة ، ورغم أن مشكلات الأمس غير مشكلات اليوم ، وما كان مناسباً لحل مشكلات الأمس لم يعد

(١) تماضر حسون (١٩٨٧م). الإجراءات الوقائية والعلاجية لمشكلة المخدرات في الوطن العربي : دراسة ميدانية لجميع الأقطار العربية. فينا: المؤتمر العالمي للمخدرات .

(٢) لاحظ : سامية جابر (١٩٨٤م). الانحراف الاجتماعي بين نظرية علم الاجتماع والواقع الاجتماعي . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

- السيد متولي العشماوي (١٩٩٣م). الجوانب الاجتماعية لتعاطي المخدرات .

الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب .

- إدارة التحقيقات الجنائية في دولة قطر (١٩٨٣م). ظاهرة المخدرات في دولة

قطر . فينا : اجتماع لجنة مكافحة المخدرات المعقود في النمسا .

- سليمان بن قاسم الفالح (١٤٠٩هـ). عوامل تعاطي المخدرات عند الشباب

«رسالة ماجستير». الرياض : جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية .

صالحاً لمواجهة مشكلات اليوم، إلا أن مشكلة الصراع بين الأجيال ستظل قائمة، ويبقى جوهر المشكلة هو إخفاق غالبية الآباء في فهم الأبناء، وفي فهم الطريقة السليمة للتعامل والتواصل معهم، وإدراك طبيعة المشكلات التي يتعرض لها الأبناء، وتظل الرغبة الصادقة من قبل الآباء، وإتاحة الفرصة للأبناء، مع العقلانية في التعامل معهم، بأسلوب أمثل لتضييق الهوة بين الجيلين، ويؤكد على دور الأب أكثر من أدوار الآخرين في القرب من أبنائهم وتلمس مشكلاتهم، وإذابة الحواجز بينهم وبين أبنائهم^(١). وفيما يلي نعرض لمجموعة قواعد أساسية لإقامة العلاقات بين الأبوين والمراهقين^(٢):

١- أن تعمل الأسرة كفريق عمل واحد

وأول ما يقوم عليه تماسك أفراد الأسرة واتحادهم هو أن يكون هناك ثقة متبادلة بين الآباء والأبناء، وتأسيس الثقة منذ بدء تكوين الأسرة بين الأبوين، ثم المراحل الأولى من الطفولة للأبناء، أما الأساس الثاني فيتمثل في الاعتراف بالأخطاء والتراجع عن السلوك الخاطيء تحقيقاً لشعار قل الحقيقة وإذا لم تفعل فإنك تمارس عملاً غير مقبول وليس لك الحق في ممارسته.

(١) عدنان الدوري (مرجع سابق). ص ٢٥٨-٢٦٢.

(٢) تماضر حسون (١٤١٦هـ). أثر العائلة في وقاية المراهقين من تعاطي المخدرات. المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب (عدد ١٩، مجلد ١٠). الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. ص ١٨٧-١٩٢.

٢ - الضبط الأسري الصارم غير المبالغ فيه

كثيراً ما تؤدي السيطرة الوالديه القوية إلى خلق سيطرة ذاتية للأبناء، وتجدر الإشارة إلى أن مرحلة المراهقة لا تعني بأي حال من الأحوال ممارسة الحرية المطلقة، بل هي مطوقة بالمجتمع والأنظمة والأخلاق والقوانين والقيم والمعايير الاجتماعية، ولعل الحوار والنقاش الرزين مع المراهقين يساعدهم على إدراك تلك القيود المفروضة ليس عليهم فقط، بل على الجميع، وهي في الوقت ذاته السبيل الأمثل للقبول من المجتمع وتقبله.

وهناك ألوان من الضبط الأسري، إلا أن الضبط العقلاني، القائم على الحب، والاحترام، والتقدير السليم للأمر، هو السبيل الأمثل للتعامل مع الأطفال، حيث يستبدل العقاب البدني المبرح والمهين عند التقصير أو التهاون، بالحرمان من بعض الامتيازات أو المكافآت^(١).

٣ - الاتصال الجيد بين جميع أفراد الأسرة

تؤكد الدراسات العلمية على ضرورة الاتصال الجيد المبني على الصدق والتحاور الهادئ بين الآباء والأبناء، لمناقشة أمور شخصية، وأمور الأسرة بشكل عام، وذلك بهدف خلق جو من التفاعل المثمر والبناء بين الجميع، مع إكساب الأبناء خبرات معيشية لكيفية التعامل مع مصاعب الحياة التي تخلق المشكلات، هذا من جانب، ومن جانب آخر تعريف الأبناء بأهمية الدور بالنسبة لكل فرد من أفراد الأسرة ومتطلبات هذا الدور، وما يجب أن يكون عليه الفرد المسئول عن هذا الدور. ففي أحد الدراسات الميدانية ظهر أن (٩٧٪) من الشباب مدمني الخمر ينتمون إلى أسر مضطربة، أو

(١) عنان الدوري (مرجع سابق). ص ٢٤٩.

يسود العداء بين الأبوين ، وللأم الدور الرئيس في نمو السمات التي تؤدي إلى الاستعداد للإدمان على الخمر ، أو العقاقير الأخرى^(١) . كما أن هناك دراسة أخرى أجريت للتعرف على بعض المتغيرات المرتبطة بظاهرة الإدمان ، وقد أكدت نتائج الدراسة بأن المدمنين لديهم شعور بعدم الأمن ، يقابله تسلط وعدوانية من قبل الأب^(٢) .

٩ . ٢ الدور العلاجي

يعد إدمان المخدرات من الناحية الاجتماعية ذا أثر بالغ الأهمية والخطورة ، على حياة المدمن والأسرة ، وعلى حياة الآخرين (المجتمع) أيضا ، لما يسببه من قلق لدى المحيطين مما يهدد المجتمع بالانهيار ، جراء الشعور بخلل الأمن وزعزعته . وهناك من يرى بأنه لا توجد حقيقة تبين العلية لإدمان المخدرات ، لذا انتقد الإطار الطبي كأسلوب يتناول مشكلة إدمان المخدرات . وعلى كل الأحوال فطالما كانت المشكلات الاجتماعية أثراً من آثار الإدمان ، بل وقد تكون المشكلات الاجتماعية سبباً في الإدمان ، فهذا من شأنه تأكيد الأهمية التطبيقية لدور الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات . حيث يمكن أن تسهم مهنة الخدمة الاجتماعية في هذا

-
- (١) عادل الدمرداش (١٩٨٢م) . الإدمان : مظاهره وعلاجه . مجلة عالم المعرفة (عدد ٥٦) . الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .
- (٢) فاروق عبدالسلام (١٩٧٨م) . دراسة نفسية اجتماعية لبعض المتغيرات المرتبطة بظاهرة الإدمان «رسالة دكتوراه» . القاهرة : كلية التربية ، جامعة الأزهر . في بحث : مديحه مصطفى فتحي (١٩٨٨م) . دور الخدمة الاجتماعية في مواجهة المشكلات = = الاجتماعية لإدمان المخدرات : دراسة بنادي الدفاع الاجتماعي بمحافظة كفر الشيخ . المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلات الإدمان «الوقاية ، العلاج ، المتابعة» . القاهرة : جامعة الدول العربية . ص ٢٣٧ .

المجال من خلال الطرق الثلاث، التي يمكن أن يمارسها الأخصائي الاجتماعي الممارس في المصحة المتخصصة في علاج إدمان المخدرات، وسوف نتطرق إلى هذه الطرق الثلاث مفصلة، وللأدوار الأساسية للأخصائي الاجتماعي في كل طريقة، دون التعمق في التكنيكات أو الأساليب العلاجية، حيث سيتم التطرق إليها في الفصول القادمة:

٩ . ٢ . ١ طريقة خدمة الفرد

تعتمد طريقة خدمة الفرد في تعاملها مع العملاء، على فهم شخصية العميل. وفي مجال إدمان المخدرات يلزم أخصائي خدمة الفرد معرفة تأثير سلوكيات الإدمان على العلاقات الاجتماعية للمدمن، والوضع الاجتماعي للمدمن بشكل عام، ثم وضع خطة علاجية متكاملة. ويمارس الأخصائي الاجتماعي طريقة خدمة الفرد، مع المدمنين منذ دخولهم المصحة، حيث تكون هناك خطوات وإجراءات يعملها الأخصائي الاجتماعي، كمثل لقسم الخدمة الاجتماعية في المصحة، ويمكن إيجاز هذه الخطوات في الأعمال التالية:

١- يقوم الأخصائي الاجتماعي بالأخذ بيد المدمن منذ دخوله المصحة، بدءاً بالاستقبال ثم الدراسة الوافية المستقاة من المدمن نفسه إذا كانت حالته تسمح، أو بمن ساعده للحضور إلى المصحة. ويتضمن ذلك عرضاً موجزاً ومكتوباً للموقف الاجتماعي يقدم إلى أعضاء الفريق المعالج، سواء من خلال الكتابة في الملف، أو من خلال تقديم العرض شفهيّاً أثناء مؤتمر الحالة، الذي يشارك فيه عادة أعضاء الفريق المعالج في المصحة (الطبيب، والطبيب النفسي، والأخصائي الاجتماعي، والأخصائي النفسي، ومرشد الإدمان، والمرض المشرف).

٢- يقوم الأخصائي الاجتماعي وبعد زوال الأعراض الإنسحابية بتعبئة الملف الاجتماعي للمدمن ، وجمع المعلومات من المدمن ومن أسرته إذا كانت الفرصة متاحة لذلك ، ومن المفترض أن تكون البيانات كاملة ودقيقة ، للوصول إلى تشخيص دقيق للمشكلة وأسبابها . كما يمكن الاستعانة بالملف القديم للمدمن وذلك مع الحالات المتكررة للتأكد من المعلومات التي تم الحصول عليها ، وإجراء مقارنة بين البيانات الحديثة والقديمة . ومحاولة التعرف على سبب الانتكاسة . ومن الأفضل تهيئة الوضع أمام المدمن ليتوصل بنفسه إلى السبب الرئيس في الانتكاسة .

٣- يقوم الأخصائي الاجتماعي بتحديد خطوات التدخل المهني ، والوسائل التي يتطلبها التدخل مع تدوين جميع ذلك في ملف المدمن ، ثم يشرع في تنفيذها وفق خطة مرسومة تسمى الخطة العلاجية .

٤- تقوم الخدمة الاجتماعية بالدور الرئيس فيما يتعلق بالاتصال بأسر المدمنين ، وفيما لا يتعارض مع مبدأ السرية ، وذلك لمساعدتهم على حل مشكلاتهم التي قد تكون سبباً في الإدمان أو من أسبابه ، أو قد تكون مجرد سبب في العودة مرة أخرى إلى التعاطي (الانتكاسة) .

٥- تقوم الخدمة الاجتماعية بتضييق الفجوة التي قد تحدث بين المدمن وبعض الأطراف الاجتماعية ، كالأسرة ، أو المدرسة ، أو العمل ، ومحاولة العمل على تهيئة المناخ الطبيعي ، إسهاماً في حل المشكلة .

٦- يقوم الأخصائي الاجتماعي بالتنسيق بين الإدارة (إدارة المصحة) والأقسام الأخرى فيما يخص المدمنين واحتياجاتهم الاجتماعية ، وكذا التنسيق مع مؤسسات المجتمع للاستفادة من موارد المجتمع ، ومن الخدمات الاجتماعية الأخرى الموجودة والمتاحة في المجتمع .

٩ . ٢ . ٢ طريقة خدمة الجماعة

للعمل الجماعي داخل مصحات علاج الإدمان دور كبير ، سواء الجلسات التي هدفها العلاج ، أو الجلسات التي هدفها الترويح . وكلا النوعين يبدأ بعملية التخطيط ، مع توضيح الهدف منه .

والحقيقة أن للعمل الجماعي أهمية خاصة في مجال إدمان المخدرات ، يؤكد على ذلك أن غالبية المدمنين تعلموا تعاطي المخدرات عن طريق جماعة الرفاق (المتعاطين) ، فإذا كانت لجماعة الرفاق هذه القوة من التأثير ، فمن الأولى استغلال هذه القوة في الأشياء الإيجابية ، ومنها التخلص من الإدمان ، بدءاً من الاستبصار بضرر المخدر ، ثم إيجاد القناعة القوية للإقلاع ، وصولاً إلى تعلم الأسلوب الأمثل للعيش بدون مخدر (التعافي) .

وتتكون ممارسة الأخصائي الاجتماعي لدوره كأخصائي خدمة جماعة داخل المصحة من الأعمال التالية :

١- تكوين الجماعات العلاجية التي يكون هدفها تغيير المفاهيم السالبة الدافعة إلى التعاطي ، أو الاستمرار فيه .

٢- عمل برامج جماعية هدفها تغيير سلوكيات الإدمان .

٣- توجيه التفاعل داخل الجماعات بهدف خلق جو اجتماعي صحي ، لتخفيف حدة التوتر والقلق النفسي .

٤- العمل على تنفيذ جماعات هدفها التعليم والتأهيل وتنمية العلاقات الاجتماعية .

٥- تكوين الجماعات الترويحية لتنظيم واستثمار أوقات المدمنين .

٩ . ٢ . ٣ طريقة تنظيم المجتمع

يشكل إدمان المخدرات مشكلة اجتماعية ، وإذا وجد مصحة أو أكثر متخصصة في علاج الإدمان فهذا يعني بأن المشكلة قد بلغ مداها مستوى المجتمع .

ومن وجهة نظر الخدمة الاجتماعية تعرف المشكلة بأنها موقف اجتماعي يواجهه المجتمع ، وتعجز موارد المجتمع ، ونظمه الاجتماعية المتاحة عن مواجهتها^(١) . وعلى ذلك فالأخصائي الاجتماعي الذي سيمارس طريقة تنظيم المجتمع داخل المصحات المخصصة لعلاج الإدمان ، عليه العمل وفقاً لهذا المنظور الذي يعطي أفقاً أوسع لمشكلة الإدمان كمسكلة اجتماعية تهتم المجتمع بكامله ، لا سيما وأن الإدمان - كما سبق - يعد مشكلة متشعبة ، تتطلب جهوداً مكثفة ومتنوعة ، سواءً في مواجهتها كعامل وقائي ، أو في التعامل معها كجهود علاجية ، أو في تصحيحها كمسكلة ، وتجاوزها كعمل تنموي أو تأهيلي ، ومن هذا المنطلق سنحدد مجموعة أعمال يمكن أن يمارسها الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل داخل المصحة كمارس مهني لطريقة تنظيم المجتمع :

١ - عمل البحوث الاجتماعية التي تحدد خصائص المتعاطين (الاجتماعية والديموجرافية) وتحليل أسباب التعاطي .

٢ - تنظيم حملات توعية عن خطر المخدرات ، في المناسبات السنوية ، وفي المدارس والنوادي ، وذلك حسبما تسفر عنه الدراسات والبحوث

(١) أحمد كمال أحمد (١٩٧٣م) . تنظيم المجتمع (جزء ١) . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية . ص ٣٣ .

- المستمرة، التي تكشف عن دوافع التعاطي، وأكثر الفئات تعاطياً،
والمناطق التي تنتشر فيها المخدرات، وعوامل الانتكاسة.
- ٣- تعريف المدمنين وأسرههم بخصائص الإدمان، كظاهرة اجتماعية، وسبل
الوقاية منها، وطرق التعامل معها، وكيفية الاستفادة من الخدمات
الحكومية والأهلية الموجودة في المجتمع.
- ٤- عمل التنسيق اللازم بين المؤسسات والأجهزة المعنية بظاهرة الإدمان،
وما يتعلق بها، من وقاية وعلاج وتأهيل.
- ٥- استثارة المجتمع للمساهمة في محاربة المخدرات، وللمشاركة في جهود
التوعية، وجهود العلاج والتأهيل، دون مغالاة في المنظور السلبي نحو
المدمن المتعافى أو الناقه من الإدمان.

٩ . ٣ الدور التنموي (التأهيلي)

تقوم مهنة الخدمة الاجتماعية بدور كبير في عملية تأهيل المدمنين، وهذا
الدور لا يقل قدرأ عن الدور العلاجي، بل هو جزء منه. كما أن الدور
التأهيلي هو جزء من الخطة العلاجية المتكاملة للعمل في مجال الإدمان،
ويسمى هذا الجزء بالرعاية اللاحقة.

وتنقسم الرعاية اللاحقة في مجال إدمان المخدرات إلى قسمين
متلازمين، هما إعادة التأهيل rehabilitation وإعادة الاستيعاب الاجتماعي
social reintegration. ومصطلح إعادة التأهيل يعني العودة بالمدمن إلى
مستوى مقبول من الأداء المهني، سواء كان ذلك لمهنة سبق له أن امتتهاها،
أو لمهنة جديدة، وعلى ذلك فإجراءات التأهيل تتضمن قياس استعدادات
المهنة، والتوجيه والإرشاد المهني، والتدريب^(١).

(١) مصطفى سوييف (مرجع سابق). ص ٢٣١-٢٣٢.

والخدمة الاجتماعية لها الدور الرئيس في إعادة الاستيعاب الاجتماعي، لذا سنتناول دور الخدمة الاجتماعية التنموي، في إطار إعادة الاستيعاب الاجتماعي، التي يحتاجها غالبية المدمنين- إن لم يكن جميعهم- بعد تلقيهم العلاج اللازم في مصحات علاج الإدمان، حيث تسمى المرحلة التي يعمل فيها على إعادة الاستيعاب الاجتماعي بمرحلة النقاهة.

ويكون دور الخدمة الاجتماعية مع المدمن الناقه بأسلوبين، أسلوب موجه نحو المدمن، وغالباً ما يكون في قسم خاص يسمى بقسم النقاهة، أو قسم الرعاية اللاحقة؛ والأسلوب الآخر هو الموجه نحو أسرة المدمن. إضافة إلى البرنامج الإرشادي الموجه إلى المدمن، سواء أثناء وجوده في المصحة ضمن برنامج التأهيل، أو بعد خروجه من المصحة ضمن برنامج الرعاية اللاحقة، وكذلك البرنامج الإرشادي الموجه لأسرة المدمن. والبرنامج الإرشادي يُنفذ ضمن خطة شاملة يشترك فيها فريق معالج كامل كل في مجال تخصصه، وعلى هذا فالأخصائي الاجتماعي والأخصائية الاجتماعية يكون لهم دور مهم فيما يتعلق بالجانب الاجتماعي لحياة المدمن، كأن يتولى الأخصائي الاجتماعي العمل المباشر مع المدمن، وتتولى الأخصائية الاجتماعية العمل مع أسرة المدمن، إضافة إلى اشتراكهم في برنامج التوعية والإرشاد الموجه للمدمن وللأسرة، والذي سندمجهم ضمن مهام الأخصائي الاجتماعي، والأخصائية الاجتماعية، في دور الخدمة الاجتماعية مع المدمن، ودور الخدمة الاجتماعية مع أسرة المدمن.

٩ . ٣ . ١ دور الخدمة الاجتماعية مع المدمن

يكاد يكون من المتفق عليه أن الإدمان يرتبط بسلوكيات ممقوتة من قبل المجتمع، كالكذب، والمراوغة، وعدم احترام الوقت وما شابه ذلك. وبعد

علاج الإدمان داخل أقسام المصحة ، يتم تحويل المدمن إلى القسم الخاص بالتأهيل ، حيث تكون مهمة الأخصائي الاجتماعي توضيح تلك الخاصية للإدمان ، مع تدعيمها بالأمثلة والشواهد الواقعية ، ثم البدء في برنامج الإرشاد الاجتماعي الهادف إلى مساعدة المدمن على التعبير عن أهدافه وتصوراتهِ ، ثم تحليلها في إطار موضوعي يكشف الآراء السليمة المتلائمة مع التصورات العامة في المجتمع ، وتصحيح الأفكار والمفاهيم الخاطئة والمتناقضة ، أو المتعارضة مع ثقافة المجتمع .

وعملية الإرشاد الاجتماعي كجزء من العملية العلاجية هي شبيهة بتنشئة المدمن اجتماعياً ، مما يتطلب أن يسودها تفاعل مهني موجه نحو تحقيق الهدف من الإرشاد ، والذي هو تجنب المدمن الانتكاسة أخذاً بقاعدة تقول كل يوم يمر بدون مخدر هو مكسب للمدمن ولأسرته وللمجتمع . ويهدف برنامج الإرشاد الاجتماعي إلى إبطال ، أو إزالة المثيرات التي قد تؤدي إلى لجوء المدمن إلى المخدر ، ومساعدته على ممارسة حياته الطبيعية بدون مخدرات ، الحياة الطبيعية التي يشعر فيها بأنه عضو فاعل في الأسرة وفي المجتمع .

والأخصائيون الاجتماعيون يحتاجون إلى مهارات مهنية لإنجاح عملية الإرشاد الاجتماعي ، من هذه المهارات ، ما يلي :

- ١ - المهارة في التيقظ والاستماع الجيد إلى المدمنين .
- ٢ - المهارة في تناول الموضوعات والأفكار بموضوعية .
- ٣ - المهارة في التواصل والتفاعل مع المدمنين ومشكلاتهم .
- ٤ - المهارة في تقبل المدمنين وإزاحة حواجز الخوف والخرج عنهم .

٩ . ٣ . ٢ دور الخدمة الاجتماعية مع الأسرة

هذا الدور يكون موجهاً نحو أسرة المدمن ، ويكون الهدف منه تحقيق قدر من تكيف المدمن وتوافقته اجتماعياً ، أي بين المدمن وأسرته ، وبين المدمن والبيئة . ويكون للأخصائية الاجتماعية الدور الكبير في هذا الجانب ، حيث تقوم الأخصائية بعقد جلسات مع أسر المدمنين ، غالباً ما تكون ضمن برنامج معد ، حيث يبدأ بدراسة توقعات أفراد الأسرة عن المدمن وتعديلها إذا كانت خاطئة . بحيث يسهم البرنامج في توعية أسر المدمنين نحو الطرق المثلى في التعامل مع المدمن بعد خروجه من المصحة ، وعودته إلى الأسرة ليمارس دوره السابق كعضو إيجابي في الأسرة ، وهذه المهمة في حقيقة الأمر تبدو في غاية الصعوبة ، وهي في الوقت نفسه في غاية الأهمية ، لكون حياة الإدمان الصعبة والطويلة تؤدي عادة إلى خلع المدمن من مكانته في الأسرة ، وإعادة المكانة تحتاج إلى جهد ووقت . كما يتضمن البرنامج تعريف الأسر بخصائص الإدمان وما يتعلق به ، كشرح مفهوم الاشتياق ، وكيفية مساعدة المدمن في التعامل مع عامل الاشتياق ، كأحد العوامل المؤدية للانتكاسة في بعض الأحيان ، إضافة إلى تشجيع المدمن على الاستمرار في مراجعة العيادات الخارجية ، والإسهام في إكسابه سلوكيات إيجابية عوضاً عن سلوكيات الإدمان السالبة ، وكذلك التعامل مع سلوكيات الناقه من الإدمان التي تظهر عليه بعد تلقي العلاج والخروج من المصحة ، ومن هذه السلوكيات :

١- العزلة .

٢- الخجل الاجتماعي .

٣- الشعور بالنقص .

٤ - فقد الثقة في النفس .

٥ - الشعور المفرط بالمراقبة والمحاسبة من المحيطين .

٦ - الإحساس المبالغ فيه بالذنب .

كما يؤكد على الأهمية الصحية لممارسة الدور الأسري من قبل المدمن ، والحصول على وظيفة ، ثم ممارسة العمل الوظيفي بحيوية ونشاط ، إلى جانب التفاعل الاجتماعي النموذجي مع الأسرة ، والأقارب ، والأصدقاء الجدد الذين ليس لهم علاقة بالمخدرات .

وفي مرحلة التأهيل يمكن الاستعانة بخدمات المؤسسات الأخرى في المجتمع ، كالضمان الاجتماعي ، والأندية الاجتماعية ، ومراكز رعاية الأسرة والطفولة وما شابهها ، ومكاتب التوظيف ، ومراكز التأهيل ، وغيرها .

وتجدر الإشارة إلى أن دور الأخصائي الاجتماعي والأخصائية الاجتماعية في عملية التأهيل يكون ضمن خطة معدة مسبقاً من قسم الخدمة الاجتماعية ، ومقره من قبل إدارة المصحة ، لتوضع ضمن الخطة الشاملة لبرنامج الرعاية اللاحقة وهذا هو الشائع ، أو أن تكون خطة التأهيل معدة من قبل الفريق المعالج ، ومن بينهم الأخصائي الاجتماعي والأخصائية الاجتماعية ، الذين يعملون في قسم الرعاية اللاحقة ، حيث تعقد جلسات تسمى بإدارة الحالة ، لكل عميل يتم تحويله إلى قسم الرعاية اللاحقة ، يحدد في الخطة ما يحتاج إليه المدمن من جميع النواحي ، بما فيها الناحية الاجتماعية .

والخطة الخاصة بقسم الخدمة الاجتماعية التي يفرغ لها أخصائي وأخصائية اجتماعية ، أو أكثر من ذلك ، لا تقل قدرأ عما يعمله الأخصائيين

الاجتماعيين داخل الأقسام الأخرى . ففي مرحلة التأهيل تكون هناك جلسات فردية، و جلسات جماعية، فعلى سبيل المثال في بداية برنامج التأهيل يضم المدمنين في عدد من الجلسات الجماعية لتعريفهم، بطبيعة برنامج التأهيل وما يتعلق به، وأهميته بالنسبة للمدمن، ثم شرح مضار الإدمان على الأفكار والسلوكيات . وأثناء جلسات الإرشاد الخاصة تكون هناك جلسات فردية بين الأخصائي الاجتماعي والمدمن . ونفس الطريقة يمكن أن تعمل بها الأخصائية الاجتماعية مع أسر المدمنين، وخصوصاً الأشياء التي تكون عامة-تحتاجها كل أسرة- لشرح مفاهيم الإدمان، وتعليم أفراد الأسرة كيفية التصرف السليم في حال انتكاسة الناقه، وما شابه ذلك من الأمور الأخرى التي تدخل ضمن عملية التأهيل .

والحقيقة أن موضوع التأهيل من الموضوعات المهمة في مجال إدمان المخدرات، لما يتسم به الإدمان من تكرار الانتكاسات . فقد أوضحت إحدى الدراسات أن نسبة (٨٧٪) من المدمنين الذين يعالجون، يعودون إلى الإدمان مرة وأكثر من مرة، كما أن (٩٠٪) من مدمني الهيروين ينتكسون مرات عديدة إلى تعاطي الهيروين^(١) . كما أشار «بلاك» (Blake,1965) و«جلات» (Glatt,1964) بعد إجراء دراسات تجريبية مستفيضة على مجموعات من مدمني الكحول بأن خطورة الانتكاسة لدى مدمني الكحول تظهر بوضوح خلال الستة أشهر الأولى التي تعقب العلاج^(٢) . لذا لقي ويلقى موضوع التأهيل أهمية كبيرة في الدول الغربية المتقدمة، حيث يؤسس ما يسمى

(١) ناصر لوزا (١٩٨٧م). حالات الانتكاس والعود إلى الإدمان . القاهرة: مؤتمر الصحة النفسية .

(٢) هارولد ريجنالد بيتش (١٩٩٢م). تعديل السلوك البشري . «تعريب: فيصل محمد الزراد». الرياض: دار المريخ للنشر . ص ٢١٥-٢١٦ .

بالمجتمعات العلاجية ، وقد نشأت هذه الفكرة في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٦٣ م حينما تصاعد إقبال الشباب البيض على تعاطي المخدرات بشكل منقطع النظير ، ومنها تكونت اتحادات دولية تهتم بتطوير هذه الفكرة ، التي تضع المدمن في نموذج مصغر للحياة الاجتماعية الكبيرة ، حيث يلقي المدمن الناقه التدريب اللازم على أدواره الاجتماعية ، بهدف إعادة الاستيعاب الاجتماعي^(١) .

كما أن برنامج التوعية والإرشاد (للمدمن وللأسرة) يفترض أن يكون برنامجاً خاصاً وقائماً بذاته ، ويكون ضمن خطة قسم الخدمة الاجتماعية في المصححة . وذلك لأهميته الكبيرة في مجال إدمان المخدرات ، ويعتمد البرنامج بشكل عام على التوعية والتثقيف .

ويرجع تاريخ مثل هذه البرامج العلاجية إلى «جوزيف برات» J. Pratt الذي وضع تقنيات التثقيف لمرضى السل وأسرههم ، ضمن البرنامج العلاجي عام ١٩٠٠ م ثم لقي هذا الأسلوب قبولاً من لدن «روبرت موللي» R. Mullaly في ميدان الطب والإرشاد النفسي ، حيث استفاد حوالي أربعة الآلف مريض نفسي من برامج التوعية والإرشاد ، ثم أكدت الدراسات على فاعلية البرنامج في مجال العلاج النفسي السلوكي ، لأهميته في تغيير السلوكيات والمعتقدات الخاطئة ، وقد امتد برنامج التوعية والإرشاد ليشمل التلفاز ، والفيديو ، والمجلات ، ووسائل الإعلام الأخرى ، والأدوات والأجهزة الحديثة والمتطورة ، للعرض والإيضاح والتثقيف . وقد شاع استخدام مثل هذه البرامج خلال السنوات الماضية في المجتمعات الغربية ،

(١) مصطفى سويف (مرجع سابق) . ص ٢٣٤ - ٢٣٥ .

لرؤاها بين مصحات علاج الإدمان ، وتقبل المجتمعات لها إضافة إلى جدواها وفاعليتها^(١) .

وهناك بعض القواعد والأساليب والوسائل التي يمكن أن يستخدمها الأخصائيون الاجتماعيون عند تنفيذ برنامج التوعية والإرشاد ، منها ما يلي :

١- أن يحاط من سيقدم له البرنامج (المدمن أو الأسرة) بأهداف البرنامج وأهميته ومحتوياته .

٢- أن يشترك من سيقدم له البرنامج في تحديد أوقات البرنامج .

٣- أن تكون المادة التثقيفية في بداياتها ذات علاقة مباشرة بأساسيات الإدمان .

٤- أن تكون المادة التثقيفية مثيرة للاهتمام ، ومناسبة في محتواها لمن ستقدم له .

٥- أن يكون هناك تنوع في أساليب الطرح والإلقاء ، مثل استخدام عرض الأفلام ، وعرض الصور ، واستخدام الفانوس السحري overhead projector وبرامج الكمبيوتر C.D ، ولإنترنت internet ، والرسوم والمنحنيات البيانية ، وعمل حلقات النقاش ، وإشراك المستفيدين من البرنامج في الحوار والكتابة عن بعض الموضوعات والتحدث عنها ، وإتاحة فرص السؤال وإبداء الرأي ، ودعوة بعض المختصين في المجالات الأخرى من المستشفيات والجامعات ومراكز التأهيل وغيرها ، كما يمكن إحضار بعض المراجع العلمية الهامة كالتقويمات الموسوعات وما شابهها ، وذلك أثناء إلقاء المحاضرات ، إضافة إلى تحليل بعض المواقف ، أو بعض الحالات الواقعية ، والتناقش حولها .

(١) محمد حمدي حجار (١٣٤١هـ) . الحقيبة التدريبية : برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحات ومراكز التأهيل . «الجزء الثاني» . الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب . ص ٥ .

الفصل العاشر

عمليات التدخل المهني مع حالات الإدمان

عمليات التدخل المهني مع حالات الإدمان

يبدأ التدخل المهني للخدمة الاجتماعية مع العملاء، من مبدأ أساسي ومهم في الخدمة الاجتماعية، وهو تكوين العلاقة المهنية، التي يشار إليها كثيراً أنها حجر الزاوية في ممارسة الخدمة الاجتماعية. والعلاقة المهنية هي وسيلة لتحقيق مجموعة من الأهداف التي يُتقيد بها الممارس المهني لتحقيق الهدف الأساسي والنهائي وهو مساعدة العميل. ومساعدة العميل على هذا النحو تعبر عن معنى عام، ولو أردنا تخصيصه، أو تحديده بدقة، فإننا نحتاج إلى دراسة حالة العميل، ثم تشخيصه للوصول إلى نوعية المساعدة المطلوبة.

من هذه الرؤية، وفي ضوء التدخل المهني مع العميل الذي هو المدمن، سنقدم عرضاً خاصاً لعمليات التدخل المهني مع حالات إدمان المخدرات.

١٠ . ١ الدراسة

تعد الدراسة من خطوات التدخل المهني المهمة في الخدمة الاجتماعية، إذ نجاح هذه المرحلة من شأنه تحقيق النجاح في الخطوات المستقبلية (التشخيص والعلاج). وللدراسة أهمية كبيرة في مجال الإدمان، ذلك أن مشكلة الإدمان من أكثر المشاكل تشعباً وتعقيداً، ودراسة حالة المدمن حال وجوده في المصححة، قد يكون الهدف منها معرفة سبب الانحراف نحو المخدرات، وقد يكون الهدف منها سبب التعاطي في الوقت الراهن، بمعنى أن سبب بداية التعاطي قد يزول ويحل سبب آخر يجعل المدمن يستمر في تعاطي المخدر، فمشاكل المراهق مع والدته مثلاً قد تكون سبب بداية التعاطي والوقوع في الإدمان، بينما الاستمرار في التعاطي قد يكون سببه خلافاته

مع اخوته، أو زوجته بعدما تزوج، لكون السبب الأول قد زال حيث توفيت والدته، وهكذا. وإذا كانت مشكلة الإدمان بالنسبة للمجتمع مشكلة اجتماعية ونفسية، وصحية، واقتصادية، وأمنية، وسياسية، فضلاً عن كونها مشكلة دينية، فإن الإدمان بالنسبة للفرد يمس تلك الجوانب المتعددة، وعلى ذلك فمرحلة الدراسة لحالة المدمن تعتمد على جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات، ثم تطبيق العمليات الذهنية لتلك البيانات من ربط، وتحليل، ومقارنة.

وهناك عاملان يتعلقان بجانب الدراسة في العمل مع مدمني المخدرات، وهذان العاملان على جانب كبير من الأهمية وهما:

١- التأكد من شعور المدمن بأن لديه مشكلة.

٢- التأكد من وجود الرغبة الصادقة لدى المدمن لحل مشكلته.

فقد لا يكون لدى المدمن شعور بأن لديه مشكلة، أو قد يكون لديه شعور ولكن هذا الشعور مُزَيَّف. كما قد لا توجد رغبة في العلاج حتى وإن كان المدمن موجوداً في المصححة، إذ قد يأتي للمصححة مراعاة لمطالب أسرته أو زوجته أو لسبب آخر، أو حتى تكون لديه رغبة في العلاج ولكنها ليست رغبة صادقة، كأن يكون لديه رغبة في العلاج لعدم توفر المال الذي يشتري به المخدر، أو لعدم توفر المخدر في السوق، أو لأي سبب آخر.

والدراسة في الخدمة الاجتماعية ليست عملية جمع بيانات من قبل الأخصائي الاجتماعي فقط، وإنما هي عملية مشتركة بين المدمن والأخصائي الاجتماعي هدفها توضيح الموقف الإشكالي (الإدمان) في صورته الحقيقية، وهو ما جعلنا نؤكد على توفر العاملين السابقين، ثم البحث والمناقشة لجوانب الموضوع، حتى تكتمل الصورة؛ فمرحلة الدراسة تتطلب عدة

جلسات مع المدمن ، لا سيما وأن أموراً كثيرة قد يجهلها المدمن ، ولم يتساءل في نفسه عنها يوماً ما ، وقد يحتاج إلى وقت للتفكير فيها وإبداء الرأي ، كما قد يحتاج للرجوع إلى أشخاص آخرين من الأسرة أو المحيط الاجتماعي لطرح التساؤل عليهم ، أو لاستشارتهم فيما يعتقدده هو ، كما قد يحتاج الأخصائي الاجتماعي إلى مثل هذه الاستشارة وخصوصاً مع أسرة المدمن ، وذلك في البيانات التي تتعلق بالأسرة ككل ، أو ما يتطلب معرفة رأي الأسرة فيه ، كل ذلك متى كانت الظروف تسمح بذلك ، بمعنى أن رجوع الأخصائي أو الأخصائية الاجتماعية إلى الأسرة يكون بعلم المدمن وموافقته .

ومن البيانات المهمة في مرحلة الدراسة ، الأمور الأساسية التي تتعلق بالمدمن (الاسم ، والعمر ، والمستوى التعليمي ، والحالة الاجتماعية ، وما شابهها من البيانات) وكذلك البيانات التي تتعلق بالإدمان (نوع التعاطي ، وتاريخ الإدمان ، وعدد مرات الانتكاسة ، وأسبابها من وجهة نظر المدمن ومن وجهة نظر الأسرة ومن وجهة نظر الفريق المعالج ، وغيرها من البيانات المشابهة) . كما يفضل الاستعانة بالملف السابق للمدمن ، وخصوصاً مع الحالات المتكررة .

وتجدر الإشارة إلى أن مرحلة الدراسة بقدر أهمية جمع قدر كاف من البيانات ، ومحاولة تعدد مصادرها ، بقدر أهمية استخلاص البيانات وتحليلها ، وربط المعلومات ببعضها ، مما يعني أن مرحلة الدراسة تتطلب مهارات متعددة من الأخصائي الاجتماعي ، أهمها المهارة في تكوين العلاقة المهنية مع المدمن ، والمهارة في طرح التساؤلات ، والمهارة في الإنصات ، والمهارة في تحفيز المدمن على التفكير والإدلاء بموضوعية ، إضافة إلى مهارات الاختزال والتسجيل والتحليل والربط .

وللأخصائي الاجتماعي والذين يعملون في حقل الإدمان أن يستعينوا بأساليب، أو وسائل أخرى أثناء الدراسة ربما تكون أكثر فاعلية، سواء كانت خاصة بالتخصص الذي يتمون إليه، أم خاصة بمجال إدمان المخدرات. فتحديد نوع المخدر يمكن أن يتم وكما هو معمول به في كثير من المصحات بواسطة جهاز التحليل، الذي يكشف عن نوع المخدر من خلال تحليل البول.

١٠ . ٢ . تشخيص الكحول

١٠ . ٢ . ١ محكات تحديد الشخصية المدمنة للكحول

هناك أربعة أسئلة تقرر من خلالها بأن الشخص مدمن للكحول أم لا . وهي خطة أو طريقة مطبقة في بعض مصحات علاج الإدمان في الولايات المتحدة الأمريكية، تعرف الخطة باسم القفص CAGE ونسبة (٨٠٪) منها فعالة وناجحة، لذا يفترض أن تكون الأسئلة واضحة بقدر كاف بالنسبة للشخص المطروحة عليه، كما يفترض أن تكون الإجابات واضحة ومحددة، والأسئلة هي :

السؤال الأول: هل شعرت بأنك يجب أن تقلل أو توقف المشروب؟

السؤال الثاني: هل تشعر بالانزعاج عندما ينتقد الناس شربك للكحول؟

السؤال الثالث: هل تشعر بالذنب نتيجة تعاطيك للكحوليات؟

السؤال الرابع: هل تتعاطى مشروباً كحولياً عندما تستيقظ في الصباح؟

والسؤال الرابع يوضح بأن هناك أشخاصاً يشعرون في الصباح باشتياق شديد، كما يشعر بعض المدخنين، أو شاربي القهوة coffee بمعنى أن الليل أخرج الكحول ويكون الجسم بحاجة إلى كحول، وهذه علاقة تدل على قوة الحاجة إلى التعاطي .

وخلال الحوار مع المريض عندما يجيب بـ (نعم) على الأسئلة الأربعة فهو مدمن (تعاطي إيجابي). وإذا كانت الإجابة بـ (نعم) على (٢-٣) أسئلة فهو متعاط على مستوى عال (إمكانية عالية للتعاطي الإيجابي- استعداد). أما إذا كانت الإجابة بـ (نعم) على سؤال واحد فقط فهو ليس مدمن .

١٠ . ٢ . ٢ محكات لتقسيم أنواع إدمان الكحول

قام «لانداكويست» (Lundquist, 1974)^(١) بوضع تصنيف جديد لمدمني الكحول بحيث يخدم العملية العلاجية لمدمني الكحول ، وهو اتجاه عملي (تطبيقي) مفيد مع حالات إدمان الكحول ، ويعتمد هذا التصنيف على تقسيم مدمني الكحول إلى خمسة أقسام :

القسم الأول : هم من يتناول الكحول لمواجهة عرض من الأعراض المرضية ، غالباً تكون من فئة الذهانين ، كالذين يعانون من الاكتئاب مثلاً ، بحيث يتناولون الكحول على فترات متقطعة ، وبدرجة مبالغ فيها . بمعنى أن هذا القسم يتضمن استخداماً مفرطاً ، وفي أماكن وأوقات يفترض ألا يتم فيها التعاطي . ويتميز هؤلاء بالعنف متى كانوا تحت تأثير الكحول ، كما يعانون من قصور في الشخصية ، أو من عدم نضج الشخصية ، إلا أنه ليس بالضرورة أن يكونوا معتمدين تماماً على الكحول ، وقد يعتمدون عليه في المستقبل ، وبالتالي فهم بحاجة إلى علاج للإدمان على الكحول ، وعلاج الأعراض المرضية التي قادتهم إلى تعاطي الكحول .

(١) عزت سيد إسماعيل (مرجع سابق) . ص ٤٢-٤٣ .

القسم الثاني : وهم من مدمني الكحول المتمين إلى فئة العصائيين ، ممن يتعرضون كثيراً للقلق والتوتر النفسي ، ويتميزون بضعف القدرة على تحمل الضغوط ، وبالتالي فهم يستخدمون الكحول كوسيلة لخفض القلق ، وهؤلاء في المستقبل يمكن أن يقعوا في دائرة الإدمان ، وعلى ذلك فعلاجهم يتطلب علاج الإدمان على الكحول ، وعلاج العصاب كسبب .

القسم الثالث : وهم المرضى السيكوباتيون المتسمون بعدم النضج ، ممن ليست لديهم قدرة على تقبل أي نوع من أنواع العلاج ، وهؤلاء يصعب ويطول معهم العلاج لطبيعة المرض المصاحب - الشخصية السيكوباتية - التي تتطلب الحجز حتى الانتهاء من تنفيذ الخطة العلاجية ، التي غالباً ما تأخذ وقتاً طويلاً .

القسم الرابع : وهم مدمنو الكحول الذين ينبغي ألا تستحوذ مشكلتهم على الاهتمام الطبي فقط ، والهدف العلاجي مع هذا القسم عادة يكون بسيطاً بيد أنه ليس مضمون النجاح ، فهم لديهم مشكلة إدمان الكحول المزمن ، وغالباً ما يكون مصحوباً بإصابات عضوية في المخ . وفي الغالب يكون المدمنون من هذا القسم قد تلقوا علاجاً مسبقاً وخضعوا لبرامج علاجية في مصحات متعددة . والعلاج مع هذا القسم يتطلب الرعاية في مؤسسات خاصة لسنوات طويلة ، أخذاً في الاعتبار عدم إمكانية تأهيلهم ، فهم مدمنون متدهورون .

القسم الخامس : وهم المرضى المعتمدون بشكل كبير على الكحول ، وهم يمثلون الفئة العادية في الإدمان الكحولي ، فهم ليسوا ذهانيين (القسم الأول) ، وليسوا عصائيين (القسم الثاني) ، وليسوا سيكوباتيين (القسم الثالث) ، وليسوا في مرحلة التدهور العقلي (القسم الرابع) .

وغالباً ما يتقدم هؤلاء لطلب العلاج، أو حتى تنفع معهم عمليات الإقناع بأهمية الدخول للمصحة طلباً للعلاج.

١٠. ٣. تشخيص المخدرات

١٠. ٣. ١ سمات الشخصية الواقعة في دائرة الإدمان

- ١- التسرع.
- ٢- رمي اللوم على الآخرين.
- ٣- الخجل والشعور بالذنب.
- ٤- المراوغة.
- ٥- الإنكار.
- ٦- الأنانية.
- ٧- السرية.
- ٨- اللامبالاة إلا فيما يخص المخدر.
- ٩- الذكاء إلا أن شعوره وأحاسيسه تتداخل مع تفكيره.
- ١٠- التعامل مع الأحاسيس وليس مع الأفكار.
- ١١- عدم الاتزان الانفعالي.

شكل يوضح دائرة الإدمان

- ١٠ . ٣ . ٢ محكات تشخيص حالات الاعتماد على المخدرات
- ١- الاحتمالية (زيادة الجرعة بشكل مستمر للوصول إلى التأثير المطلوب).
- ٢- حدوث الأعراض الانسحابية.
- ٣- الاستخدام لفترة طويلة ودون انقطاع مع الزيادة في الكمية من فترة لأخرى.
- ٤- الشعور بالوقوع في المشكلة والرغبة في التخلص منها.
- ٥- صرف أوقات كثيرة للبحث أو للحصول على المادة المخدرة.
- ٦- إهمال الأشياء المحببة كالهوايات، مع كسل في الأنشطة وإهمال في العمل.
- ٧- الإصرار على التعاطي رغم معرفة أضرارها الصحية.

١٠ . ٤ . التشخيص الطبي للإدمان

في الكثير من المصحات يستخدم قاموس الصحة النفسية DSM كمرجع أساسي لتشخيص الأمراض، وخصوصاً الأمراض العقلية، حيث يحتوي على الكثير من القواعد، والكثير من التشخيصات، والمحكات المقررة والمعترف بها. ومن جملة التشخيصات الموجودة يحتوي القاموس على سبع محكات نستطيع أن نحدد بواسطتها الشخص المدمن، بحيث إذا انطبقت ثلاثة محكات من تلك السبعة على شخص، استطعنا أن نصفه بأنه مدمن، ويتحدد ذلك خلال (١٢) شهراً متواصلة دون انقطاع، أي تنطبق عليه المحكات (١٢) شهراً فأكثر في مراحل حياة الشخص منذ بداية الإدمان وحتى وجوده بيننا. وهذه المحكات هي^(١):

- ١- التحمل (الاحتمالية). والتحمل يعني الزيادة في الجرعة بصفة مستمرة، لأن الجسم مع طول فترة الإدمان والاستمرار في التعاطي، يطلب زيادة في الجرعة لكي يعطي مفعول المخدر التأثير المطلوب من قبل الجسم.
- ٢- الأعراض الانسحابية.
- ٣- تعاطي المخدر بكمية كبيرة، ولفترة زمنية طويلة.
- ٤- الفشل في التوقف، أو حتى تقليل الكمية.
- ٥- الانشغال الكثير في البحث عن المادة المخدرة.
- ٦- تدن في مستوى الحياة الاجتماعية والعملية.
- ٧- الاستمرار في التعاطي رغم النتائج السلبية الناتجة عن التعاطي.

(1) American Psychiatric Association (1944). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Fourth Edition, DSM IV), p. 181.

ومن هذه المحكات نستطيع التعرف على نوعين من الاعتماد هما:
أ- الاعتماد النفسي . وهي المحكات (٥ ، ٦ ، ٧) .

ب- الاعتماد الجسدي . وهي المحكات (١ ، ٢ ، ٣ ، ٤) .

والحالات التي ينطبق عليها محكان فأقل ، أو لا ينطبق عليها أي
محك ، تصنف على أنها من فئة الاستعمال ، وليست من فئة الإدمان .

١٠ . ٥ . التشخيص الاجتماعي للإدمان

١٠ . ٥ . ١ سمات الشخص المدمن من الناحية الاجتماعية:

١- فشل محاولات العلاج الأولى ، مما يترتب عليه فشل في الحياة
الاجتماعية بشكل عام ومستمر مع كل إخفاقه في العلاج .

٢- تقلص الاستجابة الإيجابية للأسرة مع المدمن تدريجياً مع تكرار
محاولات العلاج .

٣- إلقاء المدمن باللائمة على أسرته أو المحيطين به ، سواء لائمة بداية التعاطي
والإدمان ، أو لائمة الانتكاسة (الفشل في التوقف) .

٤- تهرب الأسرة من أي مسئولية تتعلق بالتعاطي والإدمان ، أو حتى مسئولية
الانتكاسة .

٥- قلة إدراك الأسرة والمحيطين بالمدمن لطبيعة الإدمان بقدر إدراكهم لسلوك
المدمن .

٦- فشل المدمن في أداء التزاماته الاجتماعية .

٧- قلة الإنجاز في العمل وأداء الواجب .

٨- عدم المبالاة بالوقت ، وقلة الالتزام بالحضور والانصراف في الأوقات
المحددة ، أو التي من المفترض الالتزام بها .

١٠ . ٥ . ٢ محكات تشخيص الإدمان من الناحية الاجتماعية

هناك ثلاثة جوانب في حياة الشخص نستطيع من خلالها التأكد من أن الشخص مدمن، إلا أن هذه الجوانب لا تحدد نوع المخدر بشكل مباشر، إذ قد تعرف المادة المخدرة ضمناً. وهذه الجوانب هي:

١- التغيب عن العمل. كأن يتغيب يومين أو ثلاثة في الأسبوع، وقد يتغيب أكثر. وإذا كان يعمل في شركة فسرعان ما يؤدي غيابه المتكرر إلى فصله. أما إذا كان صاحب مهنة خاصة كالمرضى والطبيب والجراح والطيّار والمحامي والصحفي فسرعان ما يجد نفسه بلا زبائن ووضعه الوظيفي في تدهور مستمر.

٢- تدهور العلاقات الأسرية. كضرب الزوجة والأولاد وعقوق الوالدين والشجار مع الأخوة والأخوات.

٣- تدهور العلاقات الاجتماعية. كابتعاد الناس عن المدمن، وتحاشي جيرانه الاحتكاك به، واعتذار الزملاء عن مقابلاته ولقائه.

من العرض السابق قد يعتقد بعض الأخصائيين الاجتماعيين أن التشخيصات غالبها ليس ذا علاقة بالخدمة الاجتماعية، والحقيقة أن الممارس المهني في مصحات علاج الإدمان لا بد أن يكون على دراية، ليس بهذه التشخيصات فقط، وإنما بالأشياء الأخرى ذات العلاقة بالمخدرات والإدمان، والتي تظهر أثراً إيجابياً أثناء ممارسة الخدمة الاجتماعية، وهو ما نعتقد بأنه ذو علاقة قوية بفاعلية الممارسة المهنية، ليس في مجال إدمان المخدرات، ولكن في المجالات الأخرى أيضاً.

الفصل الحادي عشر

طرق التدخل المهني مع حالات الإدمان

طرق التدخل المهني مع حالات الإدمان

بعد العرض السابق (الفصل العاشر) المتعلق بعمليات الدراسة والتشخيص ، سنتناول في هذا الفصل طرق التدخل المهني التي يمكن أن يمارسها الأخصائي الاجتماعي مع حالات الإدمان . وطرق التدخل المهني تمارس في الكثير من مجالات الخدمة الاجتماعية - باستثناء الخطوات الإثني عشرة - بمعنى أن توظيفها مع حالات إدمان المخدرات ، ليس بالأمر المستحيل ، بل إنه سهل متى كان الأخصائي الاجتماعي على دراية بخصائص الإدمان وما يتعلق به ، وكانت لديه معرفة في انتقاء طريقة التدخل المثلى ، مع مهارة أثناء ممارسة التدخل المهني .

١١ . ١ أسلوب حل المشكلة

يوجد أسلوب حل المشكلة في الحياة العامة ، كما هو مطبق في الخدمة الاجتماعية بأسلوب علمي . ويقصد به بالمعنى العلمي توجيهات علمية محددة للقيام بعمل ما إزاء مشكلة ما ، أو حاجة معينة . فأسلوب حل المشكلة يعين الأخصائي الاجتماعي الذي يمارس الخدمة الاجتماعية في مجال الإدمان على المسكرات والمخدرات والمؤثرات العقلية على أن يتفحص الحاجات والمتطلبات ، وتحديد العوائق التي تحول دون سد هذه الحاجات ، التي هي عقبات تُعيق الأداء الاجتماعي للمدمن ، لكونه لا يستطيع إزالتها بقدراته الخاصة . لذا فعلى الممارس المهني أن يستعين بمعارف الخدمة الاجتماعية وقيمها ، ومهارات الممارسة المهنية لممارسة أسلوب حل المشكلة بطريقة فعالة . وأسلوب حل المشكلة يقود الممارسة المهنية ويوجهها ، فالأسلوب يقوم على إيجاد طريقة عبر الشعور والتفكير والعمل ؛ شعور

بالحاجة إلى حل المشكلة التي يعاني منها المدمن ؛ ثم فهم طبيعة مشكلة الإدمان ، التي عادة ما تكون مشكلة متشعبة - كما ذكرنا - وتتصل آثارها السلبية بجوانب عديدة من حياة المدمن ؛ وأخيراً ممارسة مهنية منظمة وواعية . وعلى الأخصائي الاجتماعي أن يتنبه إلى أن أسلوب حل المشكلة يمارس مع المدمن وليس له ، بمعنى أنها عملية مشتركة بين المدمن والأخصائي الاجتماعي .

١ . ١ . ١١ مراحل أسلوب حل المشكلة

يعتمد أسلوب حل المشكلة على اتباع خطوات محددة وهادفة ، محددته لما يتعلق بالمشكلة وأسبابها وجوانبها ، وهادفة إلى حلها أو التعامل معها . وقد حددت مجموعة من الخطوات الأساسية لأسلوب حل المشكلة سنعمل على توظيفها في مجال الإدمان على المخدرات . وهذه الخطوات هي^(١) :

١ . ١ . ١ . ١١ تقرير مبدئي عن المشكلة

على الأخصائي الاجتماعي الذي سيمارس في ضوء أسلوب حل المشكلة أسلوباً علمياً يمكن الاعتماد عليه مع حالات الإدمان ، أن يعمل على إيجاد تقرير مفصّل وواضح عن المشكلة ، فالإدمان بحد ذاته مشكلة ولكنها مشكلة عامة وغامضة ، فحالة الإدمان التي يعاني منها كل مدمن هي مشكلة بشكل عام ، ولكن التفصيل يؤكد بأن كل مدمن له مشكلته الخاصة مع الإدمان ، وبالتالي فكل مشكلة إدمان تحتاج إلى تفصيل ، وتحديد دقيق لجوانب المشكلة ، وكلما ازدادت دقة التقرير والتركيز على الحالة ازداد

(١) هدى سليم عبدالباقي (١٩٩٣م) . الخدمة الاجتماعية والعيادة النفسية المتخصصة . بيروت : مؤسسة بحسون للنشر والتوزيع . ص ١٨٠ .

وضوح وملاءمة الأهداف والحلول المرجوة، ومن الجدير بالذكر أن مع التقدم في العمل مع الحالة، ومع التدرج في خطوات، أو مراحل التدخل المهني تبرز المشكلة أكثر، مما يهيئ الفرصة إلى تقييم أكثر دقة من التقييم السابق، وهذا لا ينال من الممارسة ولا الأخصائي الاجتماعي، فما على الأخصائي الاجتماعي إلا أن يعمل على إعادة تقييم المشكلة، إذا أتضح أو استجد ما يستلزم ذلك، وإعادة التقويم أسلوب علمي مستخدم وشائع ليس في الخدمة الاجتماعية فحسب، بل في الكثير من التخصصات أيضاً.

١١ . ١ . ٢ تقرير حول الافتراضات المبدئية للمشكلة

في هذه الخطوة يوضح الأخصائي الاجتماعي للمدمن نوعية المعلومات المطلوبة حول المشكلة، وأهمية تلك المعلومات في فهم المشكلة والتخطيط لحلها. وفي كتابة التقرير المبدئي يفترض في الأخصائي الاجتماعي صياغة فرضيات كفرضيات البحث العلمي، التي تكون افتراضات ضمنية حول المشكلة، وجوانبها، وأسبابها، مما يتيح الفرصة إلى ظهور مؤشرات حول مواضع الخلل، والعوائق التي أدت إلى وجود المشكلة واستمرارها، كما ينبغي التأكد من العوائق من حيث وجودها حقاً، ومن حيث أنها هي فعلاً العوائق التي تحول دون سد الحاجات، مما أثر في جمود الموقف (المشكلة) أو حتى في تفاقمه. وجدير بالذكر أن الافتراضات التي احتواها التقرير ربما تكون خاطئة، وهنا ينبغي صياغة افتراضات جديدة، مما يعني إقامة اتجاه جديد في جمع المعلومات، حيث أن الافتراضات، أو الفرضيات هي محتوى التقرير الذي هو بدوره أساس الخطوة الثانية من أسلوب حل المشكلة.

١١ . ١ . ٣ انتقاء المعلومات وجمعها

تظل المعلومات التي ينبغي الحصول عليها عن المشكلة ، وبحاجة إلى عملية فرز وانتقاء مما يعني أن العملية تحتاج إلى مهارة ، تكسب وتحسن وتتطور مع التركيز والاهتمام والتفاعل مع المشكلة ، بجانب المعرفة عن مجال الممارسة والخبرة فيه . والمعلومات التي يجمعها الأخصائي الاجتماعي عن مشكلة المدمن يجب أن تشمل عدة جوانب من حياة المدمن ، فتتناول الجانب التاريخي والاجتماعي والنفسي والصحي والاقتصادي والقانوني والديني والأخلاقي . كما ينبغي أن تستسقى المعلومات من بعض المحيطين بحياة المدمن - إذا كان ذلك ممكناً - لزيادة المعلومات من جانب ، وللتأكد من صحة بعضها من جانب آخر ، فبعض المعلومات تعبر عن آراء خاصة وغير واقعية ، وبعض المعلومات تمثل حقائق واقعية .

و جمع المعلومات قد يبدو سهلاً في حد ذاته ، إلا أن عملية الانتقاء تعتبر صعبة ومهمة في نفس الوقت . فجمع المعلومات يتطلب تواصلًا وتفاعلاً من الأخصائي الاجتماعي مع المشكلة ، ومع المحيطين بها ممن يشكلون مصادر لجمع المعلومات ؛ أما عملية الانتقاء فهي تتطلب إبداعاً من الأخصائي الاجتماعي لانتقاء ما له علاقة بالمشكلة مما ليس له علاقة . فكلما كان التفاعل المهني للأخصائي الاجتماعي مع المشكلة أقوى كلما كان انتقاء المعلومات أقرب إلى الحقيقة . ويقاس على ذلك المدمن ، فكلما كان على قدر من الثقافة والوعي والإدراك كلما أتاح الفرصة لرؤية المشكلة كما هي عليه فعلاً . وكلما كانت الحالة تسمح بالاتصال بالأشخاص ذوي العلاقة بالمشكلة كلما كانت المعلومات أكثر سلامة من الخطأ .

١.١.١١ . ٤ تحليل المعلومات المتوفرة

إن عملية تحليل المعلومات تعني تشكيل الموقف ، وتوضيح الجوانب الغامضة ، وإظهار المشكلة في صورتها الحقيقية . والتحليل يعني الربط والمزاوجة بين المعلومات للخروج بما يشبه النظرية عن الحالة ، كحالة خاصة فردية ، فتكون النظرية بمثابة السياج الذي يسير عليه الأخصائي الاجتماعي والمدمن معاً نحو حل المشكلة . بمعنى أن تحليل المعلومات مكننا من وضع خطة عمل تحتوي على أهداف عامة ، وأهداف فرعية تشمل وسائل وأساليب العمل (الممارسة المهنية) ، وهذه الوسائل والأساليب عرضة للتغيير أو التطوير مع التقدم في العمل مع الحالة وظهور مستجدات ، وهذا مرتبط بالطبيعة الإنسانية وتعقدها من جهة ، وتغيرها من جهة أخرى . بل ينبغي مع التقدم في العمل مع الحالة الرجوع بين حين وآخر إلى التحليل للتأكد من سلامته ، مما يطمئن على فاعلية خطة العمل ، التي يضعها الأخصائي الاجتماعي مع المدمن ، بما يكفل تحقيق الهدف ، أو الأهداف العامة التي هي إزالة العقبات وحل المشكلة .

وينبغي التأكيد على أن التحليل أسلوب منهجي منظم ، وهو في الوقت نفسه مؤشر لجدوى وفاعلية الممارسة المهنية .

١.١.١١ . ٥ تطوير خطة العمل

بعد جمع المعلومات وانتقائها ثم تحليلها ، وبعد وضع خطة العمل ، يعتمد الأخصائي الاجتماعي إلى إجراء التقويم المستمر لتطوير خطة العمل ، بمعنى ضمان أهلية الخطة لحل المشكلة أو الموقف ، وكذلك التأكد من قابلية الخطة للتنفيذ . أي أن هناك جوانب من الخطة قد تكون غير قابلة للتطبيق في وقت معين ، أو حتى نهائياً ، إذ يكون التكيف مع الوضع هو الهدف الذي ينبغي السعي إليه .

وانطلاقاً من كون كل حالة فريدة من نوعها، فإنه ينبغي التنبيه إلى أن خطة العمل قد يتعذر تنفيذها لعوائق في ذات المدمن، الأمر الذي يتطلب تطويع أهداف الخطة مع إمكانيات المدمن، أو رفع كفاءة المدمن إذا كان ذلك ممكناً، وخصوصاً إذا كان ذلك على ارتباط مباشر مع المشكلة. وفي كلتا الحالتين فالأمر يتطلب تطويراً في خطة العمل، أو إعادة صياغتها علماً بأن إعادة الصياغة داخلة ضمن عملية التطوير.

١. ١. ١. ١١ تنفيذ خطة العمل

تنفيذ خطة العمل في الخدمة الاجتماعية تعني شروع الأخصائي الاجتماعي في التدخل المهني الذي هو تفاعل موجب بين الأخصائي الاجتماعي والمدمن، وموجه نحو تحقيق الأهداف وفقاً للمعلومات التي تم الحصول عليها. والممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية هي عمل واع قائم على التفكير الذي ينبع من المشاعر حول الحاجات أو المشكلات. وتنفيذ خطة العمل لا يقل أهمية عن الخطوات السابقة، بل إنه يزيد عليها في أنه يتطلب مهارات عملية، وأداء مهارياً في الممارسة المهنية.

١. ١. ١. ١٢ تقويم نهائي لخطة العمل

إن التقويم النهائي لخطة العمل يعني الوقوف عند النتيجة النهائية للتدخل المهني مقابل الأهداف الموضوع مسبقاً، حيث تكون هذه الخطة بمثابة المقارنة بين ما تم إنجازه والأهداف العامة، ثم تأثير غير المنجز في عدم تحقيق الأهداف. أخذاً في الاعتبار بأن أثر التدخل المهني قد لا يظهر بصورة جلية وواضحة، وقد يحتاج إلى وقت حتى يظهر بالصورة المطلوبة. والمحك الرئيس في تقويم هذه الخطوة هو الهدف العام من التدخل المهني. بمعنى أن

الهدف إذا لم يتحقق فهناك خلل ما، قد يكون في المعلومات أو في تحليلها، أو في الخطة أو تنفيذها، وقد يكون خلل من نوع خر .

والحقيقة أن تطبيق خطوات أسلوب حل المشكلة معقد عند التطبيق، إلا أن الالتزام بها يطور من أسلوب الممارسة المهنية وفاعليتها، بجانب المهارات التي سيكتسبها الممارس المهني عند التقيد بها، هذا فضلاً عن أن الالتزام بها وبصورة مستمرة يجعل منها أسلوباً أكثر بساطة مع مرور الوقت، إضافة إلى أنه سيحقق نتائج أفضل .

١١ . ٢ العلاج الفردي

يبدأ العلاج الفردي بالتقبل الذي يعد من المبادئ الهامة في الخدمة الاجتماعية، وفي مجال الإدمان على المسكرات والمخدرات والمؤثرات العقلية يفترض أن يكون لمبدأ التقبل قيمه خاصة تظهر هذه القيمة في الاعتراف بإنسانية المدمن، واحترام مظهره وتعبيره وسلوكه (السلوك الإدماني السابق) وفكره ومشاعره وتقديرها . ولا يعني التقبل بالضرورة التغاضي عن أفعاله وأقواله وسلوكياته غير الملائمة أو المرفوضة، وإنما التعامل معها وتصحيحها، فتقبل المدمن كإنسان شيء ورفض سلوكه السلبي شيء آخر . وهذا يجعل من التقبل أهمية خاصة في عملية المساعدة للمدمنين .

كما تعد العلاقة المهنية وتأسيسها مع المدمن ركيزة أساسية في تطبيق العلاج الفردي . ويصف الكثير من المتخصصين العلاقة المهنية على أنها محصلة لتطبيق مبادئ الخدمة الاجتماعية . ففي مجال الإدمان تكون السرية، واحترام كرامة المدمن من أهم المبادئ المؤدية إلى وجود الثقة، التي يتحقق معها بناء علاقة مهنية هدفها تغيير مقصود في شخصية المدمن وما يتعلق بها .

ويبدأ العلاج الفردي عادة بعد تقبل كل من المدمن والأخصائي لبعضهما، ووجود علاقة مهنية يمكن من خلالها دراسة حالة المدمن دراسة مستوفاة، ثم تشخيصها. وقد تطرقنا إلى الدراسة والتشخيص في موضوع سابق. وهنا سنتحدث عن خطوات التغيير (عملية التغيير). ثم أساليب العلاج الفردي التي يمكن استخدامها مع حالات الإدمان. ثم نتطرق إلى التسجيل كإجراء علمي ضروري أثناء العلاج الفردي. ومن ذلك يتضح بأن هناك مجموعة من الخطوات التي يسير عليها الأخصائي الاجتماعي، وصولاً إلى شفاء المدمن الذي نعني به توقفه عن تعاطي المخدر، وممارسة حياته الطبيعية بدون مخدرات. وتأسيساً على ذلك فعملية التغيير التي يستهدفها العلاج الفردي، يمكن أن تسير وفق ما يستخدم إكلينيكياً مع المدمنين، وهو ما يعرف بالنموذج الكندي Canada model الذي تكون خطوات التغيير فيه على النحو التالي:

١١ . ٢ . ١ . إخبار المدمن بوجود المشكلة.

حيث يكون لدى الكثير من المدمنين اعتقاد بعدم وجود المشكلة، التي هي الإدمان على المخدر. كأن يرجع تعاطيه إلى أسباب ليس لها علاقة مباشرة بتعاطي المخدر (إسقاط) فقد يقول أتعاطى المخدر لأجل أن أنسى المشاكل التي بين أبي وأمي.

وغالبية المعتقدين بعدم وجود مشكلة الإدمان أو الاعتماد على المخدر، يظنون أو يتظاهرون بأنهم في أي وقت هم قادرين على التوقف عن تعاطي المخدر.

وفي هذه الخطوة لابد من إخبار المدمن بأنه يعاني من مشكلة، ويكون هذا الإخبار صراحة دون تلميح، مع توضيح سبب هذا الحكم، والأسباب

عادة تكون كثيرة لعل من أقربها، أن يسأل الأخصائي الاجتماعي المدمن عند إنكاره لمشكلة الإدمان السؤال التالي : إذا لم تمكن لديك مشكلة إدمان فلماذا أنت موجود هنا؟ إضافة إلى استعراض آثار الإدمان وما يتعلق به، كمحاولات العلاج السابقة مثلاً، أو الإخفاق في العمل، أو في الحياة الاجتماعية أو ما إلى ذلك .

١١ . ٢ . ٢ ترك المدمن يفكر ويعتقد بوجود المشكلة

في هذه الخطوة وبناءً على ما سبق يكون المدمن في حالة تفكير نتيجة التشكيك فيما كان يعتقد من قبل، وبداية التشكيك تعني الوصول، أو حتى الاقتراب من الحقيقة، حيث يبدأ في وزن الأمور وقياسها، قياس الماضي بالحاضر من خلال استرجاع بعض الأحداث الماضية، ومحاولات العلاج السابقة إذا كان هناك محاولات .

١١ . ٢ . ٣ اعتراف المدمن بوجود المشكلة

في هذه الخطوة يكون المدمن قد توصل إلى الحقيقة، التي كان يفتقدها، وهي الاعتراف الصادق لا المزيف بأنه يعاني من مشكلة، وهي إدمانه على المخدر .

١١ . ٢ . ٤ التحرك تجاه المشكلة

للارتباط بين الاعتراف الصادق وبين لفظ مشكلة، يعني وجود استعداد ذاتي لدى المدمن بالعمل على حل هذه المشكلة . ويبقى التحرك الذي هو الفعل . والتحرك يبدأ من الداخل أي من داخل المدمن، وهو التوجه الفكري والنفسي نحو المشكلة، بقدر الحجم الذي تستحقه .

١١ . ٢ . ٥ تنظيم العمل (التخطيط)

في هذه الخطوة يكون التحرك نحو المشكلة تحركاً سلوكياً (فعل / عمل) مبنياً على تخطيط بين الأخصائي الاجتماعي والمدمن . فكما تم التخطيط لإيصال المدمن إلى ما وصل إليه وهو الاعتراف ، يكون في حاجة إلى تخطيط وتنظيم العمل لحل المشكلة ، وما يتعلق بها في الخارج .

١١ . ٢ . ٦ الشفاء

عند هذه الخطوة يكون المدمن قد أقر بالمشكلة ، وعالجها داخلياً ثم خارجياً ، ووصل إلى النتيجة أو جزء من النتيجة المتوقعة والمأمولة وهي الشفاء .

أ - الأدوار والأساليب العلاجية التي يمكن أن يمارسها الأخصائي الاجتماعي مع المدمن

١ - المواجهة

المواجهة تعني مصارحة المدمن بالسلوكيات والتصرفات والأقوال غير السوية وغير المرغوبة ، وتوضيح النتائج المترتبة عليها . كما تعني المواجهة أيضاً القدرة على توضيح السلوك غير السوي واختباره وتحديده . والمواجهة فعل واع ومقصود ، وأسلوب علاجي يهدف إلى تحقيق أغراض منها :

التعرف على السلوك غير السوي وتقويمه ، والتعرف على أساليب المقاومة التي يبديها المدمن والتغلب عليها ، والتعرف على عوامل التحريف والتشويه التي تصيب الفكر والمشاعر والتعامل معها ، والتعرف على جوانب القوة في شخصية المدمن لتدعيمها ، والتعرف على جوانب الضعف للتخلص منها ، أو تفاديها .

وللمواجهة تأثير نفسي شديد على الكثير من المدمنين خاصة إذا لم يكن لديهم الاستعداد الكافي لتقبلها، لذلك ينبغي على الأخصائي الاجتماعي معرفة متى؟ وكيف؟ يستعمل هذا الأسلوب، بطريقة يضمن بها تحقيق الغاية المقصودة (الهدف). وتستعمل الواجهة كأسلوب علاجي في الحالات التالية: حالات التناقض والتعارض بين القول والفعل. وحالات التحريف والتشويه وعدم القدرة على التفريق بين الواقع والخيال. وحالات الشعور بالضعف والعجز واليأس. وحالات رفض أو مقاومة العلاج، أو عدم التقيد بقوانين ونظم وتعليمات المصححة.

ومن جملة التناقضات التي يقع فيها مدمن المخدرات ما يلي:

١- تناقض المدمن بين ما يقوله وما يفعله.

مثال: قد يقول المدمن بأنه غير مكتئب في حين أن حالته يظهر عليها الاكتئاب.

٢- تناقض المدمن بين رؤيته لنفسه ورؤية الآخرين له.

مثال: قد يصف المدمن نفسه بأنه غير متحفظ ويستطيع أن يتحدث عن جميع معاناته مع الإدمان، في حين أن الأخصائي يرى بأنه هادئ جداً ومتحفظ.

٣- تناقض المدمن في أحاديثه.

مثال: كأن يقول المدمن عبارتين متناقضتين (أريد العلاج فقط، ثم يقول أهم شيء بالنسبة لي الحصول على وظيفة).

٤- تناقض المدمن بين ما يعتقد تجاه ذاته وبين قدراته الحقيقية التي أظهرتها سلوكياته الماضية.

مثال: كأن يقول بأن لا مشكلة لديه في الجلوس مع أناس يتعاطون

في حين أن انتكاساته السابقة سببها جلوسه مع أصدقائه وهم يتعاطون .

واستخدام المواجهة يتطلب مراعاة الشروط التالية :

١ - اختيار الوقت المناسب وعادة تكون بعد تكوين العلاقة المهنية والشعور باستعداد المدمن لتقبل المواجهة .

٢ - اختيار المكان المناسب وعادة يكون مكتب الأخصائي الاجتماعي (لتوفر السرية) .

٣ - اختيار الأسلوب المناسب للمواجهة ، بحيث لا تؤول على أنه شكل أو أسلوب عقابي أو توبيخي .

٤ - استخدامها عند الضرورة وفي حالة الشعور بالخطر على المدمن أو الآخرين .

٥ - أن تكون المواجهة موجهة نحو صفات محددة وواضحة في سلوك المدمن بحيث يستطيع فعل شيء لتغييرها .

٢ - التعاقد

هو عملية المناقشة التي تتم بين الأخصائي الاجتماعي والمدمن ، ويستخدم حديثاً التعاقد المكتوب بين الأخصائي الاجتماعي والمدمن ، وذلك بهدف الوصول إلى :

١ - اتفاق وفهم واضح لأهداف التدخل المهني (لاقتناع المدمن بها ، ثم مساهمته في تحديد الأهداف ، ثم المشاركة في تحقيقها) .

٢ - معرفة المدمن بالطرق والأساليب العلاجية التي ستستخدم في التدخل المهني (تنطوي على عملية اشترك المدمن - مشاركة المدمن في تحديد الأساليب والوسائل العلاجية لمعرفته بالمشكلة أولاً ، ولأن هناك أساليب

تقتضي إشراك أشخاص أو الاستعانة بأشخاص قد لا يرغب المدمن في معرفتهم عن مشكلته مع الإدمان).

٣- معرفة المدمن بالأنشطة والواجبات المشتركة (كضرورة اشتراك المدمن في العلاج بالعمل ، أو الالتزام بالسياسة العلاجية المطبقة في المصحة).

٣- دور المساعد^(١)

دور المساعد في الخدمة الاجتماعية يعني مسؤولية الأخصائي الاجتماعي التي تتلخص في مساعدة العميل لكي يصبح قادراً على التكيف مع المواقف والضغوط العارضة . ومن المهارات اللازمة لتحقيق هذا الدور ما يلي : - بعث الأمل . التخفيف من أساليب المقاومة وتضارب العواطف . التعرف على المشاعر والتعامل معها أو التحكم فيها . تحديد جوانب القوة في الشخصية ودعمها . تقسيم المشكلات إلى أجزاء يمكن التعامل معها وحلها . المحافظة على درجة عالية من التركيز على الأهداف وطرق ، أو أساليب الوصول إليها .

٤ - التبصر / الاستبصار

هي عملية تهدف إلى مساعدة المدمن على فهم النفس والوعي بالمشاعر والدوافع والمشكلات . وكثير من المدمنين في حاجة إلى هذا المفهوم ، لذا يفترض في الأخصائي الاجتماعي أن يكون على دراية بالإدمان وأضراره ، والعواقب التي خلفها على كل عميل حتى يمارس هذا الدور بمهارة لجعل المدمن يستبصر بمشكلته .

(1) Robert L. Barker. Op, cit, p. 49.

٥ - التعبير الهادف عن المشاعر

وهي إتاحة الفرصة للمدمن للتعبير عن مشاعر محددة، ومساعدته وتشجيعه على التعبير عنها بطريقة هادفة تسمح بالتعامل معها وتحليلها. ويستخدم الأخصائي الاجتماعي في هذا المجال أساليب تدخل مختلفة كالإنصات، والاستجابة اللفظية وغير اللفظية، وتوجيه الأسئلة ذات العلاقة، وتجنب الحكم على السلوك.

٦ - الدور التعليمي أو التربوي^(١)

وهذا الدور في الخدمة الاجتماعية يعني مسؤولية الأخصائي الاجتماعي التي تتلخص في تعليم العميل مهارات التكيف اللازمة، وتتم هذه العملية من خلال تزويد العميل بالمعلومات بطريقة مفهومة وبمبسطة، وتقديم النصيحة والمقترحات، والمساعدة في تحديد البدائل ومعرفة نتائجها وتمثيل السلوك، وتعليم طرق وأساليب حل المشكلات، وتوضيح الأفكار والمشاعر.

٧ - العلاج البيئي

وهذا الدور أحد أدوار طريقة العمل مع الأفراد، وهو مهم وضروري مع حالات الإدمان، حيث يهدف إلى التأثير في القوى الخارجية والمتعلقة بمشكلة المدمن، والعمل على تعديلها بواسطة أساليب عديدة منها: - تحديد الموارد المجتمعية المتاحة وتوجيه المدمن للاستفادة منها، أو مساعدته للحصول عليها، وتوضيح احتياجات المدمن للآخرين، والدفاع عن حقوق المدمن أمام الجهات الرسمية، والتوسط لتسهيلها في حدود المعقول. ويطلق

(1) Robert L. Barker. Op, cit, p. 47.

بعض المختصين على هذه الأنشطة مصطلح العلاج غير المباشر ، أو التعديل البيئي .

٨ - الدور الإلكتروني

ومن خصائص هذا الدور أن الأخصائي الاجتماعي يستخدم السلوك الملائم والصحيح ، والهدوء وعدم إظهار المشاعر . وقد وصف الشخص الإلكتروني بأنه شخص شديد الحساسية ، ويستجيب للتهديدات متظاهراً بعدم ضررها ، وإخفاء مشاعره باستخدام كلمات كبيرة . ويحتاج العاملين في مجال الإدمان إلى هذا النوع من التعامل في كثير من الأحيان مع بعض الحالات ، خصوصاً مع الحالات التي لديها إدمان ومرض نفسي (مشكلة مزدوجة) . حيث تبدر من المدمن بعض الألفاظ الغير مقبولة نظراً للحالة السيئة التي هو فيها .

ب - التسجيل في العلاج الفردي

يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يستخدم أي طريقة فعالة في التسجيل ، بمعنى أن التسجيل وسيلة لتحقيق هدف وهو العلاج ، ويمكن تطبيق أكثر من أسلوب في التسجيل حسب ما يراه الأخصائي مناسباً ، أو اتباع الطريقة المعمول بها في المصحة .

وسنورد هنا أسلوبين أو طريقتين من طرق التسجيل ، في العلاج الفردي مع حالات إدمان المخدرات ، ليتم استخدامها معاً ، لأنهما مكملان لبعضهما ، وهما : طريقة «سوب» SOAP لتسجيل عمليات الدراسة ، والتشخيص ، والتخطيط للعلاج . وطريقة تصميمات النسق المفرد single system designs للتسجيل أثناء التدخل المهني (تقديم العلاج) . وسوف نوضح هاتين الطريقتين :

١ - طريقة «سوب»

تعد الطريقة التي وضعها «لورانس ويد» (Lawrence Weed, 1968)^(١) من الطرق الجيدة التي يمكن تطبيقها أثناء العمل مع الحالات الفردية . وهذه الطريقة هي شكل من أشكال التسجيل التي تركز على المشكلة ، وتعرف باسم طريقة «سوب» SOAP في التسجيل ، وتعتمد على تصنيف المعلومات التي يراد تسجيلها وذلك على النحو التالي :

١- المعلومات الشخصية أو غير الموضوعية التي تعبر عن رأي المدمن ، وأفراد أسرته ، والأشخاص القريبين من المشكلة . بمعنى أنها تتضمن أفكار ومشاعر المدمن عن وضعه ومشكلته ورأي المقربين منه . ويرمز إلى هذه المعلومات عند تسجيلها بحرف S اختصاراً لـ subjective information معلومات غير موضوعية .

٢- الحقائق التي يتم التوصل إليها والملاحظات المهنية التي يراها الأخصائي الاجتماعي . وتتضمن معلومات سلوك المدمن ومظهره ، ونتائج الاختبارات والفحوص التي أجريت له ، والوضع المعيشي والاقتصادي للمريض . ويرمز لهذه المعلومات والحقائق عند تسجيلها بحرف O اختصاراً لـ objective information معلومات غير موضوعية .

٣- التقرير (التشخيص) ويقصد به تحليل الأخصائي الاجتماعي لمعاني المعلومات التي حصل عليها والملاحظات التي قام بها ، وتهدف هذه العملية إلى تحديد جوانب الاتفاق والاختلاف في وجهات نظر كل من الأخصائي الاجتماعي والمدمن ، وتحليل سلوكيات المدمن ، وتحديد

(1) Robert L. Barker. Op, cit, p. 151.

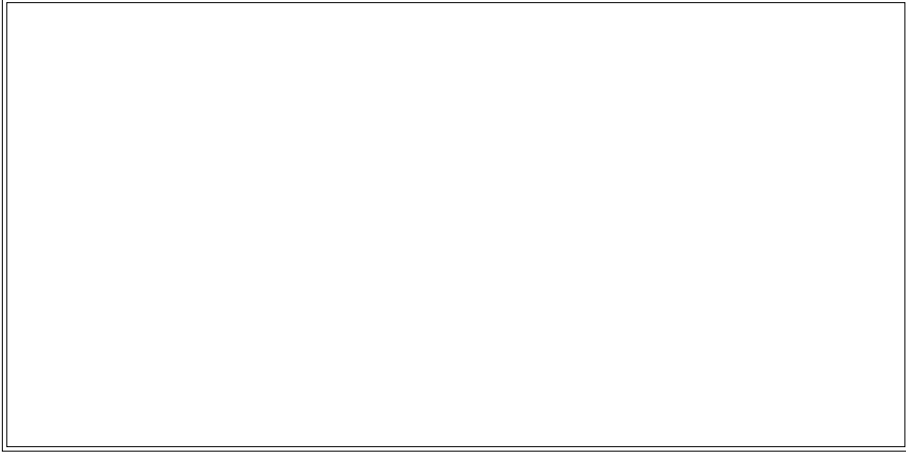
أسباب المشكلة ، وتحديد احتياجات المدمن النفسية والاجتماعية والجوانب التي تحتاج إلى تدخل مهني . ويرمز لهذه العملية بالحرف A اختصاراً لـ assessment التقدير .

٤- وهي خطة التدخل المهني (العلاج) التي تتضمن تحديداً دقيقاً لأهداف العلاج ، والأساليب المقترحة لإنجاز كل هدف . ويرمز لهذه العملية بالحرف P اختصاراً لـ plan الخطة (خطة العلاج) .

٢ - طريقة تصميمات النسق المفرد

تشابه تصميمات النسق المفرد إلى حد كبير مع تصميمات البحوث التجريبية ، إلا أن الأولى تستخدم أثناء الممارسة المهنية مع الحالات الفردية ، حيث تتميز بسهولة استخدامها لكونها تعتمد على التمثيل البياني أثناء التعامل مع العميل ، وكشفها لأثر التدخل المهني أمام الأخصائي الاجتماعي ، كما أنها عملية في تطبيقها ، فضلاً عن احتوائها على ميزة التقييم المستمر لما تقدم من تدخلات مهنية . وهي نماذج متعددة ويمكن للأخصائي الاجتماعي أن يبتكر نماذج أخرى على غرارها . وسوف ننتقي نموذجاً ، أو تصميماً واحداً فقط ، يبدأ بمرحلة الخط القاعدي التي تسبق التدخل المهني ، ويقوم الأخصائي الاجتماعي أثناءها بتحديد المشكلة تحديداً دقيقاً ، وهذا التصميم يرمز له بـ (A-B-C) . حيث يتميز هذا التصميم باحتوائه على أكثر من تدخل مهني ، سواء كانا تدخلين مهنيين معاً ، أو كان الثاني عوضاً عن الأول الذي لم يثبت فاعليته . مع الأخذ في الاعتبار أن تصميمات النسق المفرد تستلزم التحديد المسبق للتدخل المهني والهدف منه تحديداً دقيقاً .

شكل يوضح نموذج / تصميم (A-B-C)^(١)



١١ . ٣ العلاج الجماعي

العلاج الجماعي في الخدمة الاجتماعية هو طريقة من طرق التدخل المهني الذي يهدف إلى علاج مشكلات سوء التوافق الاجتماعي، والاضطرابات النفسية، عن طريق جمع فردين أو أكثر تحت توجيه الأخصائي الاجتماعي. وتعتمد هذه الطريقة على عملية التفاعل بين أعضاء الجماعة التي تظهر من خلال الحوار والنقاش وتبادل الآراء والخبرات والمعلومات، حيث يطلب من أعضاء الجماعة عادة القيام بالعمليات التالية:

- ١- إشراك الأعضاء الآخرين في مشكلاتهم، ومشاركتهم في مشاكل الأعضاء الآخرين، والتي عادة تكون متشابهة .

- ٢- الحديث عن أساليب التعامل مع مشكلاتهم وحلها .

(١) فهد حمد المغلوث (١٩٩٩م). العلاج الأسري . الرياض : المركز الخيري للإرشاد الاجتماعي والاستشارات الأسرية . ص ٢٢٢ .

٣- تبادل المعلومات والخبرات بشأن الموارد المتاحة ، والتي يمكن الاستفادة منها في حل مشكلاتهم .

٤- تعبير الأعضاء عن مشاعرهم- الإيجابية والسلبية- المرتبطة بالمشكلة بطريقة هادفة تساعدهم على التعامل معها .

ويتراوح عدد أعضاء الجماعة غالباً من خمسة إلى ثمانية (٥ - ٨) أفراد، ويجتمعون مع الأخصائي الاجتماعي لمدة (٩٠) تسعين دقيقة- تقريباً- في كل أسبوع . وللجماعات العلاجية أشكال مختلفة منها الجماعات المغلقة وهي الجماعات التي لا تسمح لأي فرد بالانضمام إليها متى بدأت أعمالها . والجماعات المفتوحة وهي على العكس من الجماعات المغلقة حيث تسمح بانضمام أفراد جدد إليها متى انقطع عضو ، أو أكثر من الأعضاء الأصليين .

أ- أهداف العلاج الجماعي مع حالات الإدمان

تختلف أهداف العلاج الجماعي في الخدمة الاجتماعية باختلاف الأعضاء ، ونوع المشكلات ، ونوع المؤسسة . ويحدد «كلين» (Klein, 1970)^(١) ثمانية أهداف للعمل مع الجماعات في الخدمة الاجتماعية ، سنعمل على توظيفها مع الجماعات العلاجية في مجال إدمان المخدرات :
١- إعادة التأهيل . ونعني بذلك مساعدة المدمنين على استعادة قدراتهم الوظيفية السابقة .

٢- التأهيل . ويقصد بذلك مساعدة المدمنين على النمو .

(١) صالح بن عبدالله أبوعبادة ، و عبدالمجيد بن طاش نيازي (٢٠٠٠م) . أساسيات ممارسة طريقة العمل مع الجماعات . الرياض : مكتبة العبيكان . ص ٦٠- ٦١ .

- ٣- الإصلاح . مساعدة المدمنين على حل مشكلاتهم الأخلاقية والمشكلات التي يعاقب عليها القانون .
- ٤- حل المشكلات . مساعدة المدمنين على حل المشكلات والصعوبات التي تواجههم في حياتهم .
- ٥- الوقاية . مساعدة المدمنين على مواجهة المواقف المختلفة .
- ٦- التنشئة الاجتماعية . مساعدة المدمنين على تعلم كل ما هو مرغوب ومقبول اجتماعياً، ومساعدتهم على تكوين العلاقات الاجتماعية السليمة والمحافظة عليها .
- ٧- العمل الاجتماعي . مساعدة المدمنين على إحداث التغيير المرغوب في البيئة المحيطة بهم .
- ٨- اكتساب وتنمية القيم الاجتماعية . مساعدة المدمنين على اكتساب القيم الاجتماعية، التي تساعدهم على الحياة بصورة طبيعية في المجتمع .
- ب - أساليب التعامل في العلاج الجماعي

تعتمد أساليب التعامل في العلاج الجماعي على عمليات الاتصال، الهادفة إلى تقديم المساعدة للمدمنين لحل مشاكلهم التي يفترض أن تكون متشابهة، ففي مجال الإدمان يفضل أن يكون الأعضاء ممن يعانون من مشكلات مع أسرهم مثلاً، بحيث تكون مناقشات الجماعة حول الكشف عن السبب الحقيقي لتلك المشاكل، والذي عدة يكون سببها الإدمان، أو كثرة الانتكاسة. ويقترح «شولمان» (Schulman, 1992)^(١) بعض الأساليب

(١) صالح بن عبدالله أبوعبادة، و عبدالمجيد بن طاش نيازي (المرجع السابق). ص ٢٢٤-٢٢٥.

التي يمكن استخدامها أثناء العلاج الجماعي ، والتي سنوظفها من خلال مثال لكل أسلوب :

١ - حث أعضاء الجماعة على التحدث والتعبير عن آرائهم وأفكارهم ومشاعرهم إلى الحد الذي يسمح بفهمها . مثال :

(العضو : نعم ، ولكن يقف عن الحديث!) ، (الأخصائي : ولكن ماذا ؟ أكمل) .

٢ - الحد من التعبيرات الشديدة ، أو القوية الصادرة عن الأعضاء تجاه بعضهم البعض . مثال :

(العضو : أنا أكره فلان) ، (الأخصائي : يبدو عليك الغضب الشديد ، ما الذي أغضبك إلى هذه الدرجة ؟) .

٣ - إعادة توجيه الرسالة إلى العضو المقصود . مثال :

(العضو : محمد دائماً متأخر!) ، (الأخصائي : لماذا لا تقول ذلك لـ محمد؟) .

٤ - البحث عن الحقائق وليس عن المشاعر من خلال توجيه الأسئلة . مثال : (الأخصائي : متى ؟ أين ؟ لماذا ؟) .

٥ - الاستماع والإنصات الواعي والمركز . وهذا الأسلوب يظهر واضحاً حين قيام أعضاء الجماعة بالتعبير عن مشاعرهم . مثال :

(الأخصائي : كيف كان شعورك بعدما ضربت أبنك ؟) .

٦ - استخراج المشاعر وإتاحة الفرصة للتعبير عنها . مثال :

(الأخصائي : يبدو أنك ضربت ابنك ضرباً قوياً وأنت تحت تأثير المخدر؟) .

٧- الاستجابة لمشاعر أعضاء الجماعة . مثال :

(الأخصائي : أقدر مشاعر الذنب التي انتابتك بعد ضرب أبنك).

٨- المشاركة بالمشاعر بالحد المعقول . مثال :

(الأخصائي : هناك صديق لي مر بهذه التجربة وشعر بنفس الشعور عندما . . . y).

٩- البحث عن الدعم المعنوي والمعونة النفسية من بقية أعضاء الجماعة ، وذلك من خلال توجيه الأسئلة التي تدعم هذا الجانب . مثال :
(الأخصائي : ما هو شعورك تجاه مشكلة فلان ؟).

ج- المراحل والأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي أثناء العلاج الجماعي

١- اختيار أعضاء الجماعة ، على أن يراعى فيها التالي :

أ- وجود الدافع عند كل عضو للانضمام .

ب- التأكد من أن كل عضو قادر على المشاركة بالأفكار والآراء والمشاعر .

ج- أن تكون لدى الأعضاء مشكلات وحاجات واهتمامات متشابهة إلى حد ما .

د- تحديد الهدف من العلاج الجماعي وإطلاع الأعضاء عليه .

هـ- تعريف الأعضاء بقواعد وإجراءات العمل داخل الجماعة (مكان الاجتماع ، موعد الاجتماع ، مدة الاجتماع ، الالتزام بالحضور ، إمكانية الغياب وطريقته ، أسلوب طلب الحديث ، فترة التحدث ، طريقة التحدث ، مدة العلاج أو وقت إنهاء الجماعة لأعمالها- الانفصال- مع كتابة عقد للاتفاق والالتزام بالقواعد والإجراءات .

شكل يوضح نموذجاً عقد مبدئي لجلسات العلاج الجماعي⁽¹⁾

أصرح بالوعد أنا عضو الجماعة العلاجية في مستشفى _____
قسم _____ بأن التزم بالآتي :
١- حضور جميع جلسات الجماعة ، وإبلاغ الجماعة في حالة عدم القدرة على الحضور قبل موعد الجلسة بيوم واحد على الأقل .
٢- عدم التحدث بما يحدث داخل الجماعة لأي شخص من خارج الجماعة ، إلا في الأمور التي تتصل بي شخصياً فقط .
٣- القيام- قدر الإمكان- بتنفيذ جميع الأعمال التي يتم الاتفاق عليها مع الجماعة .
٤- المشاركة في الحوار في حدود أهداف الجماعة ، وإتاحة الفرصة للآخرين للمشاركة .
الاسم :
التوقيع :
التاريخ :

٢- بناء الثقة خلال الجلسة الأولى وإيجاد شعور بالراحة لدى أعضاء الجماعة (من خلال تعريف الأخصائي بنفسه ، وتوضيح أسباب تكوين الجماعة ، وأهداف العلاج الجماعي ، وإيضاح الفوائد التي سيحصلها العلاج للأعضاء ، وعرض برنامج الجماعة ، وتعزيز العمليات الأولى للتفاعل ، وتسجيل الجلسة في ختام الجلسة).

(1) Ronald, Toseland & Robert Rivas (1984). An Introduction Group Work Practice. Macmillan Publishing Company, New York. p. 102.

شكل يوضح نموذجاً لتسجيل جلسات العلاج الجماعي⁽¹⁾

اسم الجماعة :	تاريخ بداية العمل :
اسم الأخصائي :	تاريخ نهاية العمل :
رقم الجلسة : ()	تاريخ الجلسة :
الأعضاء الحاضرون :	الأعضاء الغائبون :
الهدف العام للجماعة :	هدف هذه الجلسة :
الأنشطة المقترحة لتحقيق الهدف :	
تحليل الأخصائي الاجتماعي للجلسة :	
مقترحات للجلسة القادمة :	

- ٣- ملاحظة وتوجيه مشاركة أعضاء الجماعة، وتنخفض درجة هذه الملاحظة والتوجيه متى وصلت الجماعة إلى مرحلة الألفة والاتفاق.
- ٤- تشجيع عمليات التعبير عن المشاعر والمشاركة بالآراء والخبرات والمعلومات، وإتاحة الفرصة لأعضاء الجماعة لمساعدة بعضهم بعضاً، وتشجيع التعاون المتبادل بينهم.
- ٥- تشجيع عمليات التحويل المناسبة- إذا دعت الحاجة- للاستفادة من الموارد والخبرات خارج الجماعة. كإشراك أحد الأعضاء في برنامج العلاج بالعمل، المعمول به في مصحات علاج الإدمان، أو ما شابه ذلك.
- ٦- التأكيد على أهمية تحمل كل عضو من أعضاء الجماعة المسؤولية الشخصية عن سلوكه وتصرفاته، سواء داخل الجماعة أو حتى خارجها.

(1) Ibid, p. 310.

- ٧- تشجيع التغييرات السلوكية الإيجابية المرغوبة ، ومساعدة أعضاء الجماعة لاختيار وتجربة طرق وأساليب جديدة للتكيف .
- ٨- تزويد أعضاء الجماعة بالمعلومات والخبرات والمهارات اللازمة ، ومساعدتهم في إنجاز الأعمال المطلوبة منهم .
- ٩- تبصير الأعضاء بمدى الاستفادة من الجلسات ، وإيضاح كيفية الاستفادة من الجلسات ، وسبل تفعيل الجلسة ، مع تقويم الجلسات بشكل مستمر .
- شكل يوضح نموذج تقويم جلسة علاج جماعي^(١)

س١ / هل ساعدك النقاش على تفهم مشكلتك مع الإدمان بصورة واضحة؟

ساعطني كثيراً ساعطني إلى حد ما لم يساعطني أبداً

س٢ / ما أهم المعلومات التي استفدت منها؟

س٣ / ما درجة فاعليّة قائد الجماعة خلال هذه الجلسة؟

فعال فعال إلى حد ما غير فعّال

س٤ / ما الفوائد التي تحققت خلال هذه الجلسة؟

س٥ / ما الذي لم يعجبك في هذه الجلسة؟

س٦ / حدد درجة رضاك عن هذه الجلسة؟

راض تماماً راض إلى حد ما غير راض

أي ملاحظات أخرى تراها :

(1) Ibid. p. 314.

د - مهارات الأخصائي الاجتماعي أثناء العلاج الجماعي^(١)

١ - مهارات لتوجيه عملية التفاعل

- مهارات حضورية

وهي التعبيرات اللفظية وغير اللفظية (الحركية) التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي لإظهار وتأكيده حضوره ومتابعته لكل ما يحدث داخل الجماعة . والتعبيرات اللفظية هي الكلمات والجمل التي يستعملها الأخصائي الاجتماعي للتعبير عن تقبله واهتمامه ومتابعته وتشجيعه واحترامه وتعاطفه للجماعة ككل . أما التعبيرات غير اللفظية فتتمثل في الحركات الجسمية كحركات الجسم واليدين واللمس والنظر والإيماء والابتسامة التي تدل على اهتمام الأخصائي الاجتماعي بالجماعة . ومن المهارات الحضورية أيضاً مهارة الإنصات ومهارة اختيار أسلوب الحديث وطريقة الجلوس ونبرة الصوت التي تبرهن على تفاعل الأخصائي الاجتماعي مع الجماعة . وتعتبر المهارات الحضورية أساس عملية المساعدة وتكوين العلاقة المهنية بين الجماعة والأخصائي الاجتماعي ، فضلاً عن حاجة الأخصائي الاجتماعي إلى هذه المهارة في جميع عمليات الجماعة اللاحقة . والمهارات الحضورية مرتبطة بالملاحظة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي داخل الجماعة ، وهي ملاحظة الأخصائي الاجتماعي لنفسه ولأقواله ولأفعاله (الكلمات ، اللغة التي يستخدمها ، المسافة الحسية بينه وبين أعضاء الجماعة ، طريقة الجلوس ، الحركات الحسية وتعبيرات الوجه) . ثم ملاحظة الأخصائي الاجتماعي لأعضاء الجماعة والجماعة ككل (مدى متابعة الأعضاء ، تعبيرات الأعضاء اللفظية وغير اللفظية ، طريقة الاتصال ، مدى الانسجام داخل الجماعة) .

(١) صالح بن عبدالله أبو عباة ، و عبدالمجيد بن طاش نيازي (مرجع سابق) . ص

- مهارات استجابية

وهي مجموعة المهارات التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي لمساعدة أعضاء الجماعة والجماعة ككل ، على إنجاز الأعمال والأنشطة المطلوبة منهم . كأن يُلخص الأخصائي الاجتماعي رأي أحد أعضاء الجماعة في موضوع معين ، أو يطلب من أحد الأعضاء توضيح وجهة نظره في موضوع معين ، بالإضافة إلى المهارات الحضورية التي سبق الحديث عنها . والاستجابة نوعان إيجابية وسلبية ، فالإيجابية تدعو العضو لإكمال الشرح أو العمل ، أما السلبية (كالاقتراض من قبل الأخصائي الاجتماعي) فهي تدعو العضو لأن يصمت ، أو أن يدافع عن رأيه ، وله الحق في أخذ فرصة الدفاع عن رأيه ، كما على الأخصائي الاجتماعي شرح وإيضاح أسباب الاقتراض .

- مهارات تعبيرية

وهي المهارات التي يستعملها الأخصائي الاجتماعي بغرض مساعدة أعضاء الجماعة على التعبير عن آرائهم ومشاعرهم وخبراتهم . ومن أهم هذه المهارات قدرة الأخصائي الاجتماعي على زرع الثقة والاطمئنان في نفوس أعضاء الجماعة ، وقدرته على تكوين العلاقة المهنية مع كل عضو من أعضاء الجماعة وبين الأعضاء وبعضهم البعض ، وعلى الأخصائي الاجتماعي في ذلك تشجيع الثقة والتعاطف بين أعضاء الجماعة ، لأن عدم وجود الثقة يوجد الشك والتردد والخوف من المشاركة .

- مهارات التركيز

وهي مجموعة المهارات التي يستعملها الأخصائي الاجتماعي لمساعدة

الجماعة للتركيز على موضوع أو نشاط معين، يستحق الدراسة والمناقشة من قبل أعضاء الجماعة، أو يكون الموضوع يتطلب سرعة الإنجاز. ومن هذه المهارات التذكير بأهداف الجماعة، والحد من تعليقات بعض أعضاء الجماعة غير المرغوبة، وتشجيع عضو من أعضاء الجماعة للحديث.

- مهارات إشراك أعضاء الجماعة

يفترض في العمل مع الجماعات أن يشارك كل عضو في أعمال الجماعة، لأن وجود العضو يعني حاجته للهدف الذي سيحققه العلاج الجماعي، وهذا الهدف لا يتحقق دفعة واحدة وفي جلسة واحدة، لذا تنطوي عملية المشاركة والإسهام من قبل العضو على تحقيق الهدف من العلاج الجماعي الذي -الهدف- غالباً ما يكون نسبياً بمعنى أن نسبة تحقيقه قد تتفاوت من عضو لآخر. ومن العوامل التي تحول دون المشاركة الفعالة من الأعضاء خصوصاً في بداية الجلسات عامل الخجل، والخوف من نقد الآخرين، وعدم الثقة في النفس. لذا على الأخصائي الاجتماعي مساعدة الأعضاء غير المشاركين على المشاركة وتشجيعهم على الإسهام.

٢ - مهارات جمع المعلومات والتشخيص

- مهارات الوصف والتحديد.

وهي من المهارات الأساسية التي يستعملها الأخصائي الاجتماعي للحصول على المعلومات. والغرض من استعمال هذه المهارات هو مساعدة الجماعة على تحديد موقف أو جانب معين من المشكلة ثم تناولها بالوصف والتحليل. وبذلك تتاح الفرصة أمام كل عضو للتحدث عن جوانب وثيقة الصلة بالمشكلة موضوع النقاش، وتحليلها، وتحديد العوامل المرتبطة بها، أو المسببة لها.

- مهارات الاستكشاف وتوجيه الأسئلة وطلب المعلومات

تعتبر مهارات الاستكشاف وتوجيه الأسئلة وطلب المعلومات، من المهارات الأساسية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي للحصول على المعلومات، ثم القيام بعملية الوصف والتحديد، وكذا الإشارة إلى الجوانب والعوامل ذات الصلة بالمشكلة وتوضيحها، وتوسيع نطاق عمل الجماعة وذلك من خلال الحصول على معلومات إضافية قد تفيد جميع أعضاء الجماعة. وعن الأسئلة ينبغي أن تكون واضحة وقابلة للإجابة وهادفة، كما يفضل اختيار الأسئلة المفتوحة التي تساعد أعضاء الجماعة على التحدث، وتجنب الأسئلة المزدوجة التي قد تؤدي إلى إساءة الفهم.

- مهارات التلخيص والتجزئة

يستعمل الأخصائي الاجتماعي مهارة التلخيص والتجزئة بعد حصوله على المعلومات اللازمة، أو بعد انتهاء عملية الحوار والنقاش بين أعضاء الجماعة في مشكلة أو موضوع محدد. ويركز أسلوب التلخيص على إبراز أهم العوامل والجوانب التي تم مناقشتها ثم يتيح لأعضاء الجماعة فرصة التعليق وإبداء الرأي. أما مهارة التجزئة فيقصد بها تقسيم المشكلة إلى أجزاء يمكن تناولها بسهولة، وتهدف هذه العملية إلى إيجاد الدافع لدى أعضاء الجماعة للعمل، وتشجيعهم على التعامل مع أكثر من جانب من الجوانب المتصلة بالمشكلة في نفس الوقت.

- مهارات التحليل

بعد الانتهاء من عملية جمع المعلومات وتنظيمها يقوم الأخصائي الاجتماعي بمساعدة الجماعة في عملية تحليل وتركيب المعلومات،

- والوصول إلى تشخيص مناسب يوضح الإجراءات اللازمة للتدخل .
ومهارة التحليل تضمن القيام بالعمليات التالية :
أ- الإشارة إلى المعلومات التي تم الحصول عليها .
ب- تحديد جوانب النقص في تلك المعلومات .
ج- وضع خطة لاستكمال المعلومات الناقصة .
د- القيام بعملية التقدير ، أو التشخيص التي تهدف إلى تحديد العوامل المسببة للمشكلة .

٣ - مهارات عملية (تطبيقية)

- مهارات التوجيه

يتحمل الأخصائي الاجتماعي مسؤولية توجيه أعمال الجماعة ، وذلك بما يحقق أهدافها ، وينبغي أن يكون الهدف من عملية التوجيه هو تحقيق مشاركة جميع أعضاء الجماعة بدون استثناء ، وتزويدهم بجميع المعلومات والتعليمات التي يحتاجون إليها لإنجاز العمل والنشاط الذي يقومون بأدائه .
ومن أساليب التدخل التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في هذا المجال ، إعادة توضيح الهدف من العلاج الجماعي . ومساعدة الأعضاء المتعثرين عن المشاركة الفعالة في أعمال الجماعة . والإشراف على الحوار وتنظيم طريقة الاتصال والتفاعل داخل الجماعة . وتزويد الأعضاء ببعض المعلومات الجديدة . وتشخيص وتلخيص الموضوعات التي تتطلب ذلك .

- مهارات توفير المعونة النفسية

إن خبرات وآراء أعضاء الجماعة لا بد أن تكون موضع التقدير والاحترام من الجميع ، والجو العام للجماعة يفترض أن يعكس هذه القيمة ،

وذلك من خلال تشجيع أعضاء الجماعة على توفير الدعم والمعونة لبعضهم البعض ، ومن خلال توفير هذا الدعم من جانب الأخصائي الاجتماعي . ومن الأساليب التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي لتوفير المعونة النفسية تشجيع الأعضاء على التعبير بصراحة . وتوجيه الأسئلة المباشرة عن الآراء والأفكار الخاصة بكل عضو . والإشادة بالقدرات والمجهودات التي تبذل بين الأعضاء . وزرع الثقة والأمل في نفوس الأعضاء للاستمرار في التفاعل .

- مهارات إعادة التنظيم والتصور والتوضيح

وهذه المهارات تعني مساعدة أعضاء الجماعة على تنظيم طريقة تفكيرهم الخاطيء ، واستبدالها بطرق وأساليب أخرى سليمة وواقعية ، لتغيير المفاهيم الخاطئة والأفكار السلبية ، ثم التعامل مع المشاعر المرتبطة بها ، بمعنى تغيير الحالة النفسية الناتجة عن فهم الموقف بصورة خاطئة .

- مهارات حل الخلافات والنزاعات

قد تنشأ خلافات بين أعضاء الجماعة الواحدة ، وهذا في الغالب يكون نتيجة التفاعل والدينامية ، فالخلاف أحياناً يكون طبيعياً ، إلا أن الخلاف من المفترض أن لا يأخذ منحى غير طبيعي ، فمهارة الأخصائي الاجتماعي في توجيه التفاعل بين أعضاء الجماعة يبعد وقوع الخلافات ، أو حتى يخفف من حدتها . ومن المهارات الأساسية في العلاج الجماعي مهارة الأخصائي الاجتماعي في حل الخلافات والنزاعات التي قد تنشأ بين أعضاء الجماعة ، نتيجة اختلاف الاهتمامات ، أو الرغبات ، أو الأهداف ، أو الأدوار التي يقومون بها . كما قد يقع الخلاف بين الأعضاء وأفراد آخرين خارج الجماعة . وهنا على الأخصائي الاجتماعي أن يستخدم مهارة الوساطة ، ومهارة

التفاوض، ومهارة التحكيم لحل الخلاف بأسلوب رزين ومقبول من الجميع، وبروح طيبة حتى تقبل النتيجة النهائية (حل الخلاف) من جميع الأعضاء، والهدف من ذلك كله هو استمرار الجماعة في أعمالها. ويقصد بالتفاوض تقريب وجهات النظر المختلفة، من خلال الحوار والتحليل. أما التحكيم فيستخدم في حالات الخلاف الحاد، ويقصد به استخدام السلطة لحل الخلاف، أو النزاع كسلطة إدارة المصلحة مثلاً، أو شرطة المكافحة الموجودة في المصلحة، أو غير ذلك مما يراه الأخصائي الاجتماعي مناسباً، ولا يلجأ إلى ذلك إلا في أضيق الحدود، وفي حالات الخلاف الشديد.

- مهارات تقديم النصائح والتعليمات

تقديم النصائح والاقتراحات والتعليمات من المهارات التي يشترك في استعمالها كل من الأخصائي الاجتماعي وأعضاء الجماعة على حد سواء، واستخدامها من قبل الأخصائي الاجتماعي يهدف إلى:

- أ - مساعدة أعضاء الجماعة على اكتساب سلوكيات جديدة .
- ب - مساعدتهم على فهم المشكلات والصعوبات التي تواجههم .
- ج - مساعدتهم على تغيير المواقف التي تسبب لهم الصعوبات .

ولتقديم النصائح شروط و ضوابط على الأخصائي الاجتماعي معرفتها، ليتمكن من تطبيق مهارة تقديم النصائح والتعليمات بنجاح، فعامل الوقت الذي تقدم فيه النصيحة مهم جداً، بمعنى أن تكون في وقت مناسب فلا تكون سابقة لأوانها، ولا تكون متأخرة عن وقتها. كذلك بالنسبة للوقت تقدم النصيحة عادة في وقت يسمح بقبولها من قبل العضو، أي بعد تكوين العلاقة المهنية. كذلك اختيار الأسلوب الأمثل الذي تقدم به النصيحة، فتكون غير جارحة، ويكون أسلوبها واضحاً ومفهوماً.

- مهارات المواجهة

المواجهة في العلاج الجماعي تعني لفت انتباه العضو إلى سلوكه وتصرفاته وأقواله غير المرغوبة أو غير السوية، كما تعني أيضاً القدرة على توضيح واختيار وتحديد السلوك المرفوض. والمواجهة فعل واع ومقصود، وأسلوب علاجي يهدف لتحقيق الأغراض التالية:

أ - التعرف على السلوك غير السوي وتقويمه.

ب- التعرف على أساليب المقاومة التي يبديها بعض أعضاء الجماعة والتغلب عليها.

ج- التعرف على عوامل التحريف والتشويه التي تصيب الفكر والمشاعر والتعامل معها.

د- التعرف على جوانب القوة في شخصية أعضاء الجماعة لتدعيمها، والتعرف على جوانب الضعف للتخلص منها.

وللمواجهة تأثير نفسي شديد على الكثير من الناس خاصة إذا لم يتوفر لديهم الاستعداد الكافي لقبولها، لذلك ينبغي على الأخصائي الاجتماعي معرفة متى؟ وكيف يستخدمها مع الجماعات ومع الأفراد كما سبق أن أشرنا إلى ذلك.

١١. ٤ العلاج الأسري

ظهر العلاج الأسري في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٥٠ م. وهو علاج نفسي اجتماعي يكشف عن حقيقة المشاكل التي عادة تكون نتاج التفاعل بين أعضاء الأسرة، ثم محاولة التغلب عليها، أو حلها بمساعدة أعضائها على تغيير أنماط التفاعل التي هي سبب الخلل. ويستمد العلاج الأسري أهميته من مسلمة تشير إلى أن الفرد يتأثر تأثيراً مباشراً بأسرته،

باعتبار أن الأسرة من أهم النظم التي يعتمد عليها المجتمع في تنشئة أبنائه، ومن أهم القوى المؤثرة في إحداث التغيير في الأفراد. وفلسفة العلاج الأسري في مجال الإدمان تقوم على إشراك الأسرة في البرنامج العلاجي بما يحقق النجاح المأمول.

ويعد الاختلال الوظيفي لدور الأسرة من الجوانب المهمة في التأثير على عدم عودة المدمن إلى حياته الطبيعية. ففي مجال الإدمان لا بد من بذل الجهود من أجل إشراك الأسرة في العلاج بفاعلية لتحقيق الأهداف التالية:

١- الوقوف على الأمور وثيقة الصلة بالنظام الأسري المشوش (المختل). وإعادة التوازن إلى الأسرة وإصلاحها، بغض النظر عن تاريخ الخلل وهل كان سبباً في التعاطي والإدمان، أم سبباً في العود إلى التعاطي، أو حتى مدعماً له.

ففي هذا الهدف تتمركز أهمية الأثر الذي يحدثه العلاج الأسري وهو انتقال الرؤية للمشكلة من العميل، إلى رؤيتها في العلاقات الأسرية مع الزوجة والوالدين والأخوة، وذلك من أجل إدراك صلة الأسرة ككل بالمشكلة التي يعاني منها الفرد (العضو) بحيث تتحول النظرة من كونه الضحية، إلى النظر على أنه الصورة العاكسة للعلاقات المرضية التي تعاني منها الأسرة، لذا فإن أول تساؤل يتعرف عليه المعالج الأسري يتعلق بمدى وجود وتوفير الاستعداد والقدرة على التغيير لدى الأسرة المريضة^(١).

(١) حامد عبدالعزيز الفقي (١٩٨٤م). مفاهيم العلاج الأسري وأنماط التفاعل داخل الأسرة المريضة: النشأة والتطور. حولية كلية الآداب (عدد ٥). الكويت: جامعة الكويت.

٢- إسهام الأسرة في دعم العلاج الذاتي المتمركز حول المدمن .

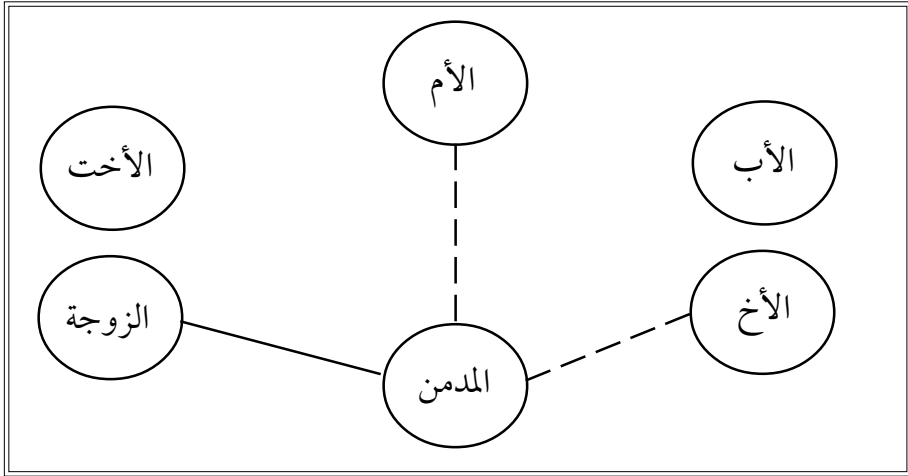
والحقيقة أن تقنية العلاج غالباً ما تتمحور حول واحد من هذين الهدفين أو كليهما، اللذين يتحقق معهما بقاء ميزان القوى لصالح الحفاظ على الصحة في حياة الأسرة، مقابل القوى المتجهة إلى المرض والتدمير . كما تعني أيضاً الاهتمام بالمستوى الذي يساند فيه أعضاء الأسرة بعضهم بعضاً لإشباع حاجاتهم الانفعالية، وتدعيم تفاعلهم الإيجابي لبعضهم البعض، وكيف يؤدي هذا بدوره إلى التوازن والانسجام في وظائف الأسرة الرئيسة، حيث يكون التدخل على مستوى الأسرة ككيان واحد هو الهدف، القائم على أساس أن الأسرة نسق قائم بذاته له تشخيصه الخاص به كوحدة واحدة، وبذلك يتناول الاختلال الذي يدخل على أنماط التفاعل، ثم العمل على مجابهة الصراع بين العوامل الباطنة في الفرد، والعوامل الظاهرة في العلاقات بين بقية أعضاء الأسرة، وتوجيه ذلك التكنيك لإظهار الأسرة وحدة تعمل بانسجام . وبذلك ينظر إلى الأسرة على أنها هي العميل، وتكون ممارسة الأخصائي الاجتماعي لدور الوسيط هو الدور الغالب، حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بمجموعة من الأعمال والواجبات، ليحقق الصلة والارتباط بين المدمن وأسرته سواء كانوا مؤثرين فيه، أو متأثرين به، وإيجاد الرابط الطبيعي بينهم .

وفي كثير من حالات الإدمان التي يكون فيها المدمن قد قطع شوطاً زمنياً طويلاً من حياته في الإدمان، تكون الأسرة قد تأثرت بطابع الإدمان السلبي نتيجة احتكاكها المستمر بالمدمن، وهو ما يعرفه بعض المتخصصين في مجال الإدمان على المخدرات بالإدمان المصاحب dependence and co-dependence وتكون الأسرة في مثل هذه الحالات بحاجة هي الأخرى

إلى علاج من نوع آخر، وهو إزالة الآثار السلوكية، التي خلفها تعامل المدمن مع الأسرة خلال فترة الإدمان، بحيث تكون أسرة المدمن بحاجة إلى تأقلم وتأهيل جديدين، نتيجة توقف أو إقلاع الفرد (العضو) عن التعاطي. بمعنى أن التحول الإيجابي الذي ستشهده حياة المدمن، لا بد وأن يتزامن معه تغير إيجابي في طبيعة حياة الأسرة ككيان.

ويفضل عند استخدام العلاج الأسري أن يكون هناك سجل مخصص للعلاج الأسري، وليوضع مثلاً في ملف المدمن، ويحتوي على أشكال توضح وضع العلاقات الأسرية قبل بداية العلاج، ثم التطورات التي تطرأ بعد البدء في العلاج، ومع الاستمرار فيه، وما يحدث من مستجدات، إلى أن تعود الأسرة إلى وضعها الطبيعي، وحالة التوازن والانسجام الطبيعيين والتي يمثلها الشكل الثالث.

(شكل رقم ١ مثال لحالة أسرة قبل بداية العلاج)

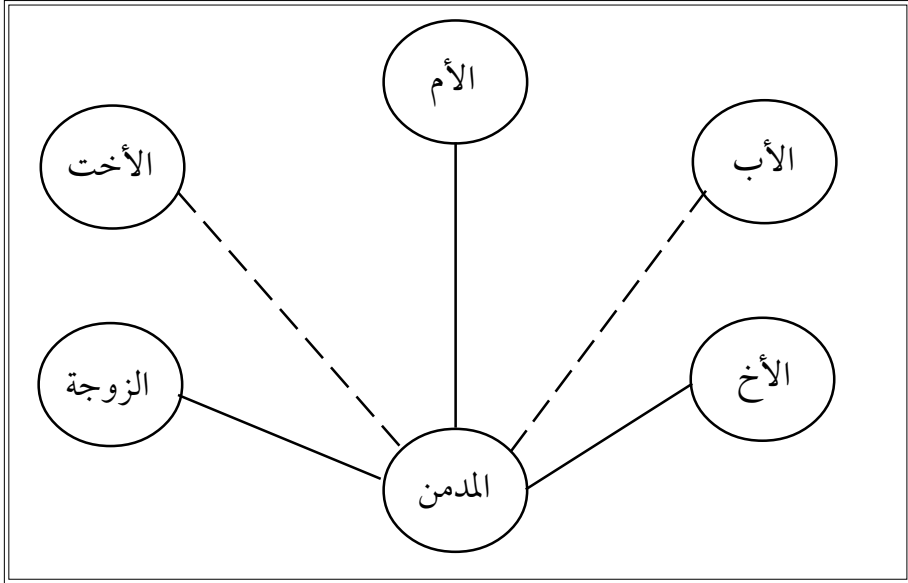


عدم وجود خط يعني العلاقة معدومة

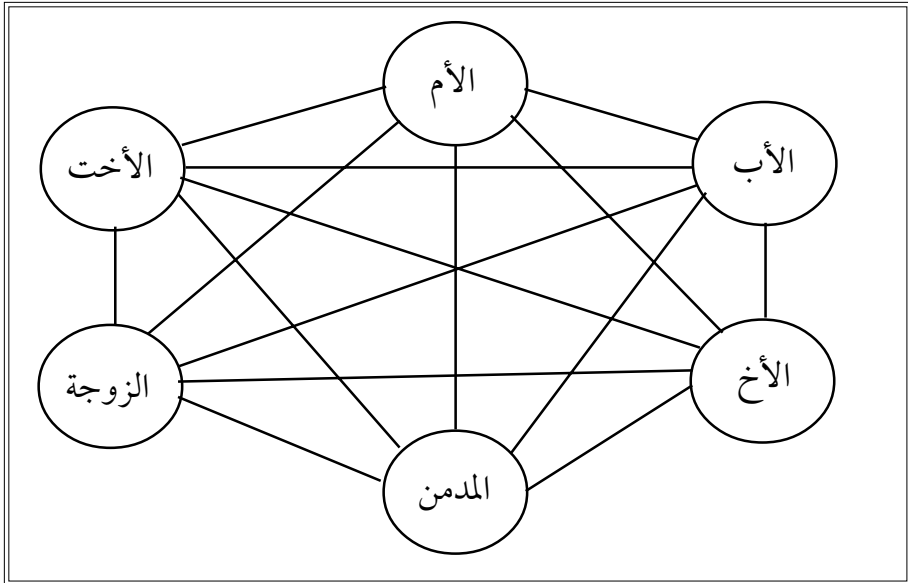
الخط المتقطع يعني العلاقة متذبذبة

الخط المتصل يعني العلاقة متصلة

(شكل رقم ٢ مثال لحالة أسرة بعد البدء في العلاج)

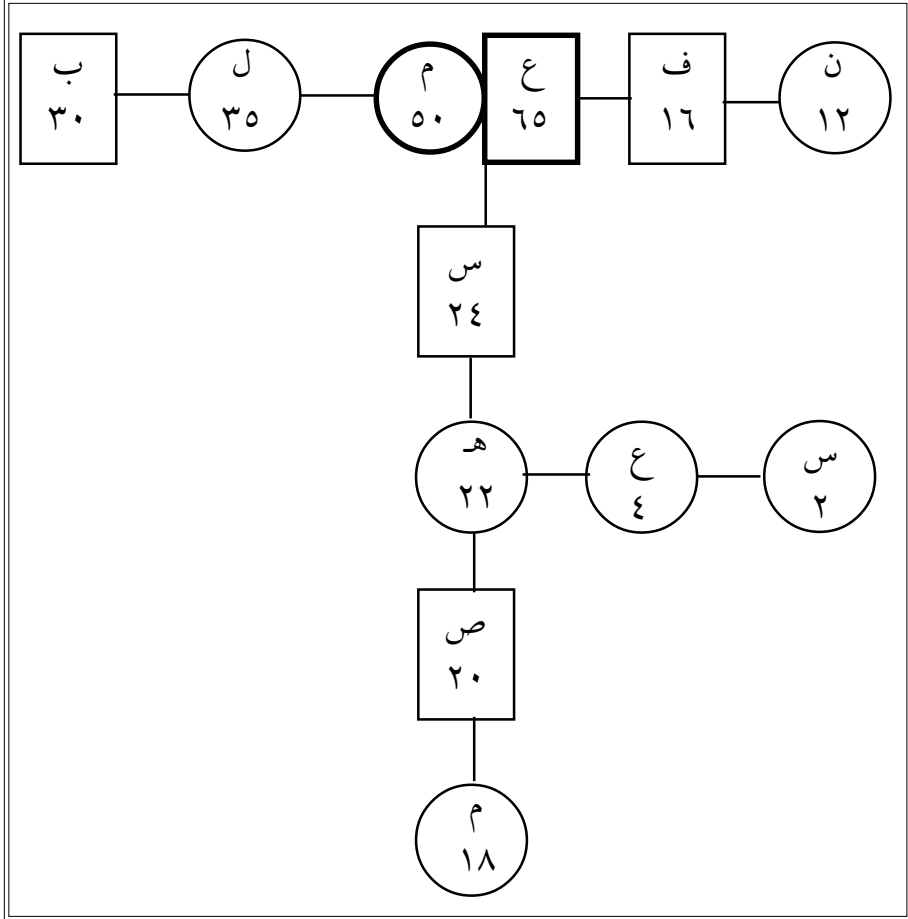


(شكل ٣ مثال لحالة الأسرة بعد انتهاء العلاج - التفاعل الأسري الطبيعي)



وتجدر الإشارة إلى أنه يمكن التغيير والإضافة على هذه النماذج وفقاً لما يقتضيه الموقف والظروف . ويحتوي سجل العلاج الأسري على شكل الأسرة مرتبة حسب الأعمار ، بحيث يسهل معرفة تكوين الأسرة ، ويسهل الرجوع إليه في أي وقت ، لذا يفضل وضع الذكور في أشكال مربعة ، والإناث في أشكال دائرية مثلاً ، وفي داخل الأشكال توضع الأعمار والاسم أو رمز عنه ، أو وضع أشياء تطويرية أخرى ، تسهل استعادة الوضع الأسري من خلال إلقاء نظرة على هيكل الأسرة ، الذي يوضح الأخوة الأشقاء من غير الأشقاء ، والمتزوجين من غير المتزوجين ، كما في الشكل الرابع . كما يحتوي سجل العلاج الأسري على كل ما يجري ، وكل ما يعمل للأسرة من بداية العمل وإلى آخر مراحلها . وهذا السجل يعطي عملية التسجيل التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي ويمارسها كفن تنظيمياً أكثر ، شأنها شأن العلاج الجماعي ، والعلاج الفردي . بحيث يمكن رجوع الأخصائي الاجتماعي إلى هذا السجل ، للتعرف على كل ما عمل مع الأسرة بدلاً من الاطلاع على ملف العلاج الاجتماعي بكامله

(شكل رقم ٤ مثال لتركيب الأسرة، أو هيكل الأسرة)



ويبدأ الأخصائي الاجتماعي إجراءات العلاج الأسري بطريقة بسيطة تبدأ بتحديد موعد جلسة العلاج، التي يتفق عليها الجميع وفق سياسة المصحة. وفي الجلسات الأولى يترك المجال لكل فرد بأن يتحدث وفق نظام معين وأسلوب مقبول من الجميع، بحيث تكون الجلسة عبارة عن مؤتمر عائلي. وبعد إداء الأفراد يقوم الأخصائي الاجتماعي بتوجيه الحديث نحو هدف معين هو الاتفاق على المشكلة وموقعها بالتحديد، وبعد الاتفاق تترك الأسرة للتشاور حول سبل التعامل معها، وهنا يكون دور الأخصائي

الاجتماعي أكثر تدخلاً وصراحة بحيث يوجه الأسرة إلى الأسلوب الأمثل للتعامل مع المشكلة. وفي هذا الإطار يفضل أن يقوم الأخصائي الاجتماعي بإعداد جدول شبيه بجدول الأعمال يتناول النقاط المتفق عليها ومهام أفراد الأسرة ومتابعتها بشكل مستمر مع جلسات العلاج الأسري، كما يخضع هذا الجدول إلى عملية تقييمية توضح مدى فاعلية الخطوات المتفق عليها، ومستوى التغيير إلى الأحسن وأثره.

شكل يوضح نموذج جدول أعمال في العلاج الأسري

اسم الأسرة:	اسم الأخصائي الاجتماعي:
يوم الاجتماع:	وقت الاجتماع:
تاريخ بداية العمل:	التاريخ المتوقع لنهاية العمل:
رقم الجلسة:	تاريخ الجلسة:
الهدف العام للعلاج الأسري:	
أسم أعضاء الأسرة المشاركين في العلاج الأسري:	
١- () مكانته في الأسرة	
٢- ()	
٣- ()	
الأعمال المتفق على إنجازها:	
٢- () الشخص المكلف بالعمل	
٢- ()	
٣- ()	
موضوعات للمناقشة في الجلسة القادمة:	
١-	
٢-	
٣-	

خطوات التدخل المهني في العلاج الأسري :

- ١ - عقد جلسات مباشرة مع المدمن لتحديد مستوى ارتباطه بالأسرة، مستخدماً في ذلك أسلوب الدراسة المعروف في الخدمة الاجتماعية .
- ٢ - تحديد النموذج المفترض لتفاعل المدمن مع الأسرة (الوضع الطبيعي) .
- ٣ - التعرف على الأنساق الفرعية داخل الأسرة ودورها في تخلخل البناء الأسري .
- ٤ - التعرف على الأوضاع الأسرية الأخرى (مستوى الأسرة) ثقافياً وصحياً واجتماعياً ونفسياً .
- ٥ - تحديد التفاعل القائم (تقدير الوضع) بين أفراد الأسرة من خلال جلسات علاج أسري، تجمع أفراد الأسرة المعنيين، والأخصائي الاجتماعي، والأخصائية الاجتماعية .
- ٦ - تحييد أو إيقاف التحيزات اللامنطقية التي تحدد كبش الفداء (الضحية) للصراع القائم، وإرجاع الصراع إلى مرحله الأولى حتى الوقوف على الوضع الحالي .
- ٧ - التحديد الدقيق لمواضع الخلل في الأسرة، وإيضاحها أمامهم بكل صراحة ووضوح .
- ٨ - استشارة أفراد الأسرة جميعهم (لا بد أن يسهم كل فرد) للتحرك نحو المشكلة وفق خطة مرسومة يتفق عليها الجميع .
- ٩ - مراجعة الخطة بشكل مستمر والإطلاع على ماتم ومالم يتم تنفيذه، وبحث الوضع المستقبلي والجديد، بناءً مستجدات الحدث التي أظهرتها عملية المراجعة .

الأدوار التي يمكن أن يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في العلاج
الأسري :

أ - دور الوسيط :

ومن الأساليب المستخدمة في هذا الدور ما يلي :

١ - تشجيع المدمن وأسرته على التعامل مع طبيعة الإدمان حيث تحاط الأسرة، ويتفق معها على أن (الإدمان مزمن مع احتمالية الانتكاسة . الإدمان مرتبط بسلوكيات سلبية . التوقف عن التعاطي لا يعني تغير السلوكيات بصورة مباشرة وجذرية . انتكاسة المدمن إلى المخدر هي خسارة للمدمن أولاً وللأسرة ككل ثانياً . ينتاب المدمن بعد التعاطي نوبات اشتياق للتعاطي تصبح قدراته فيها ضعيفة) .

٢ - التأثير على المدمن وأسرته لإيجاد تفاعل إيجابي ، وخلق جو صحي داخل الأسرة، ليكون بقاء المدمن في الأسرة شيئاً محبباً لديه (كل يوم دون تعاطي المدمن يُعد مكسباً للمدمن ولأسرته) .

٣ - حث المريض وأسرته على عقد جلسات جماعية منظمة هدفها الدعم الذاتي لكل فرد، تقوم على التصحيح والمراجعة والتقويم، والاتفاق حول أي مخطط مستقبلي يتعلق بالمدمن أو بالأسرة ككل، وتحمل التقصير الطفيف التي قد يقع فيه البعض .

٤ - تمكين الأسرة للاستفادة من الخدمات الاجتماعية، أو النفسية، أو الطبية الموجودة في المصححة، والتأثير على الفريق المعالج للاستجابة للمدمن وأسرته، والإجابة على أسئلتهم واستفساراتهم .

ب - دور المحرك:

يستعمل الأخصائي الاجتماعي مهاراته المهنية لإيجاد دافع العلاج والمحافظة عليه لدى المدمن ، كما يستعمل مهاراته أيضاً لتشجيع العاملين بالمصحة والبيئة الخارجية لدعم ومساندة المدمن والأسرة بشكل عام ، ومن عوامل إيجاد الدافع مساعدة المدمن وأسرته على خلق التفاؤل والحفاظ عليه ، ومواجهة متطلبات التغيير ، وتقسيم المشكلات والاحتياجات إلى أجزاء يمكن التعامل معها والتحكم فيها ، وإعادة تغيير الأهداف أو الوسائل أو الواجبات متى دعت الحاجة إلى ذلك .

ج - دور المعلم:

يهدف الدور التعليمي إلى دعم المدمن وأسرته على مواجهة مشكلة الإدمان ، والتعامل معها ، وإصلاح أضرارها . ويعتمد هذا الدور على تزويد المدمن وأسرته بالمعلومات اللازمة عن الإدمان ، ثم المهارات اللازمة للتعامل معه . ومن عوامل المحفزة لاستخدام هذا الدور وجود الاستعداد لدى المدمن والأسرة للمشاركة والإسهام في العملية التعليمية . وهناك وسائل وأساليب يمكن استخدامها ليقوم الأخصائي الاجتماعي بهذا الدور بفاعلية ، ومنها الأفلام التي توضح الحالة النفسية للمدمن أثناء التعاطي ، والأضرار الصحية التي يخلفها المخدر على المدمن . وكذلك المقالات المكتوبة التي تتحدث عن الإدمان وطبيعته . كما قد يستخدم أسلوب التصوير بالفيديو (إذا كانت سياسة المصحة تسمح بذلك) لحالة ووضع المدمن أثناء إحضاره إلى المصحة ، إذا كان متعاطياً وفي حالة سيئة ليعرض على المدمن نفسه فقط (سرياً) وذلك في المراحل الأخيرة من برنامج علاج المصحة (قبل الخروج) كأسلوب تعليمي ، وراصد في الوقت ذاته .

د - دور الموجه:

ويقوم الأخصائي الاجتماعي بدور الموجه للمدمن وأسرتة ، وذلك حينما لا يستطيع المدمن ، أو الأسرة الوصول إلى حل لمشكلة معينة ، او قبول معلومة معينة ، أو رفض أسلوب علاجي معين . وتوجيه الأسرة لتكون أكثر فاعلية في تعاملها مع المدمن ، كما يتطلب دور الموجه التأثير في البيئة لتكون أكثر استجابة للمدمن والأسرة .

أما المهارات المهنية التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في العلاج الأسري ، فهي لا تختلف كثيراً عن مهارات العلاج الجماعي ، على أن الأسرة جماعة قائمة بذاتها ، إلا أن لها عادة خصائصها التي تميزها عن غيرها من الجماعات أو الأسر الأخرى ، والتي يفترض أن تؤخذ في الاعتبار ، هذا إلى جانب الهدف العام ، والأهداف الفرعية للعلاج الأسري ، التي تكون محل الاهتمام واعتبار خاص أثناء الممارسة المهنية بواسطة تقنية العلاج الأسري .

١١ . ٥ الخطوات الإثنتا عشرة

الخطوات الإثنتا عشرة هي أسلوب علاجي شائع في الكثير من مصحات علاج الإدمان العالمية ، وقد نشأ هذا الأسلوب وتطور في الولايات المتحدة الأمريكية ، إلى أن أصبح برنامجاً يعرف ببرنامج المدمنين المجهولين ، ويتبع لجمعية رسمية عرفت بجمعية «مدمني الخمر ، مجهولي الاسم» (Alcoholics Anonymous) (A-A) ومقرها مدينة نيويورك ولديها أعضاء في (١١٠) بلدان في العالم^(١) . والحقيقة أن الأخصائي الاجتماعي ليس له

(1) Alcoholics Anonymous (1987). Alcoholics Anonymous "Hand Book". New York, World Service Inc.

إسهام في هذا البرنامج ، بيد أنه تم إدراج هذا البرنامج لأهميته للعاملين في مجال الإدمان ، ولفاعليته مع المدمنين . لذا قد يكون للعاملين في مجال الإدمان دور غير مباشر في هذا البرنامج العلاجي ، كحث المدمنين على الالتحاق بالبرنامج ، وتشجيعهم على الاستمرار فيه ، وشرح طبيعة البرنامج وأهميته لأسر المدمنين . بالإضافة إلى إمكانية حضور الاجتماعات المفتوحة التي تعقد شهرياً تقريباً .

وجمعية « مدمني الخمر ، مجهولي الاسم » تأسست في عام ١٩٣٥ على يد كل من سمسار الأسهم «بيل ويلسون» Bill Wilson والطبيب «روبرت سميث» Robert Smith وكان كلاهما مدمناً للخمر ، وهدفها الأخذ بيد المدمنين الكحوليين ، عن طريق الحوار ونظام المساندة الاجتماعية ، والإيمان بالقوة الإلهية العليا^(١) . حيث تصبح لدى المدمن الدافعية كي يتقبل ويتمسك بالابتعاد عن الشراب ، من خلال ما يجده من تفهم وتضافر مشترك مع غيره من الكحوليين ممن أرادوا التخلص من عادة شرب الكحول ، فهدفها العام بقاء المدمنين منقطعين عن الكحول . وقد شاع انتشار هذه الجمعية في الولايات المتحدة الأمريكية إبان الحرب العالمية الثانية ، وربما يكون ذلك لارتباطها بالمزاج الديموقراطي وحرية التعبير ، وتبادل التجارب والخبرات والآراء ، عن طريق الحوار الذي يتسم بالديموقراطية والودية ، ويتعلم المدمن أن يحمل المسؤولية وأن يطلبها من الأعضاء . وفي هذه الاجتماعات العلاجية تحفيز للمدمن على تفهم مشكلاته ومواقفه بشكل أفضل ، وبالتالي يصبح قادراً على مواجهتها ، كما تعمل هذه الجماعة على تأصيل مبدأ عدم تأجيل حل المشكلات ، وفي الوقت نفسه إمكانية تأجيل

(١) سامي عبدالعزيز الدماغ (مرجع سابق) . ص ٢١ .

إشباع اللذة (لذة التعاطي). ويكون سلوك الفرد في هذه الجماعة محصلة لسلوك مجموع الجماعة، لما تمثله الجماعة من قوة تأثير في الفرد (العضو) خصوصاً حينما يكون أفراد الجماعة (جميعاً) يعانون من مشكلة محددة كالإدمان، حينها يشعر كل عضو من الأعضاء بخاصية الانتماء للجماعة، فتأخذ الجماعة على عاتقها مبدأ المساعدة الذي تمنحه الجماعة (كوحدة واحدة) لكل عضو من أعضائها، والذي غالباً لا يستغني، بل هو ينتظر ذلك الدعم، وتلك المساعدة.

ويتضح بأن البرنامج خاص بدمني الكحول، إلا أن فاعليته وانتشاره وخطواته جعلت من البرنامج نموذجاً لعلاج الراغبين في التوقف عن تعاطي سائر المخدرات، كما ظهرت جمعية أخرى لها نفس الطابع تقريباً تعرف باسم جمعية (NA).

وجمعية «دمني الخمر، مجهولي الاسم» تقوم على تقاليد ومبادئ منها:

- ١- الجمعية لا تهتم بنوعية أو كمية المخدرات التي يتعاطاها المدمن.
- ٢- الجمعية ليس لها أرباح مادية، وبذلك فالمدمن ينضم إلى الجماعة بدون مقابل.
- ٣- الجمعية لا تتبع لجهة أو منظمة.
- ٤- الشرط الوحيد للعضوية هو رغبة المدمن الصادقة في الامتناع عن التعاطي.
- ٥- أن طبيعة الاجتماع قائمة على أساس خلفية مشتركة هي الإدمان، ومن ثم يشترك الأعضاء في دعمهم الذاتي لبعضهم البعض.
- ٦- تمول الجمعية عن طريق التبرعات من أعضائها بصرف النظر عن طبيعة المكان.

٧- اجتماعات الجمعية هي اجتماعات مغلقة لا ينتمي لها إلا الشخص المدمن فقط .

٨- تتم اجتماعات الجماعة بشكل سري ، ولا تخرج موضوعات الاجتماعات خارج مكان الاجتماع .

٩- تنتهي العلاقة بين الأعضاء بنهاية الاجتماع ، ولا يفصح في الاجتماع إلا عن الاسم الأول للشخص فقط . ولا تكشف الأسماء لوسائل الإعلام المختلفة .

١٠- ترى الجمعية بأن الإدمان مرض disease ليس له علاج معروف ، ولكن من الممكن السيطرة عليه وعندئذ يكون الشفاء ممكناً .

١١- تتسم الاجتماعات بروح الديمقراطية ، لذا ليس هناك رئيس ومرؤوس .

١٢- لا تدخل الجمعية في النزاعات العامة ، ولا تبدي مرئياتها حيال الموضوعات الخارجية .

والحقيقة أن هذه مبادئ عامة عن الجمعية هي أشبه ما تكون بالتعليمات ، أما الخطوات الإثنتا عشرة والتي يركز عليها العلاج فهي مجموعة قواعد أشبه ما تكون بالحكم أو المعتقدات الموروثة ، التي تراكمت مع الزمن وثبت صحتها النسبية مع التجربة ، حيث تبدأ باقتناع المدمن بجدوى البرنامج وتنتهي بالتوقف عن التعاطي (شفاء) . وهذه الخطوات لا تتعارض مع المعتقدات الدينية المختلفة ، ولا تتدخل في التوجهات السياسية أو الحركات الشعبية المناضلة ، فجميع شعاراتها وتقاليدها هي عموميات من جهة وخصوصية بالإدمان من جهة أخرى ، فهي ترى بأن الإدمان مرض مزمن لا يمكن علاجه ولكن يمكن التعافي منه (لا يوجد علاج ولكن يوجد

تعاف)، فهم يشبهون الطبيعة المرضية للإدمان بمرض السكري الذي ينتج عن تعطل جهاز البنكرياس في الجسم فلا يمكن علاجه، ولكن يمكن التعامل مع المرض، بتجنب السكريات والدهنيات، مع برنامج حياتي وآخر غذائي.

ورغم أن البرنامج نشأ وتطور في الولايات المتحدة الأمريكية إلا أنه يمكن تطويعه بسهولة ليتماشى مع الثقافات المختلفة. ويشير المفهوم المرضي الذي قامت عليه تعاليم الجمعية بأن الكحول مرض ليس له علة محددة مع أن أضراره تطول الجانب الجسمي والنفسي والعقلي، أما مدمنو الكحول فهم أناس ليسوا عاديين في شربهم للكحول وذلك من ناحية التحكم أو السيطرة، ومن حيث كمية الكحول، وفترات التعاطي، فهم يعانون من حساسية في أجسامهم للكحول، ويعرفون ذلك بالخلايا التي تبقى في الجسم متعطشة للكحول، وعلى ذلك يكون العلاج الناجع مع هذه الحالات هو التوقف التام عن شرب الكحول⁽¹⁾.

ومن خلال التجربة لاجتماعات الجمعية فقد توصلت الجمعية إلى ثلاثة اعترافات هي:

أ- أن المدمن مسلوب الإرادة أمام المخدر، كما أن حياته غير قابلة للاستمرار بالمخدر.

ب- أن المدمن ليس شرطاً أن يكون مسئولاً عن إدمانه، إلا أنه بالتأكيد مسئول عن شفائه. لذا فهم يأخذون بمبدأ «هنا والآن» معلنين عن مسئوليتهم في الشفاء، وانطلاقهم نحوه دون ما تأجيل.

(1) Alcoholics Anonymous (1939). Alcoholics Anonymous. New York, Survey Analysis Inc.

ج- أن المدمن يجب ألا يلقي باللوم على الآخرين أو الظروف أو الأماكن على أنها السبب في إدمانه ، بل يجب عليه أن يواجه مشاعره ومشكلاته بنفسه .

الطبيعة العلاجية للخطوات الإثنتي عشرة

تعتمد الخطوات الإثنتا عشرة على عملية الاستيعاب والفهم من لدن المدمن لكل خطوة ، كما تعتمد أيضاً على الاقتناع الداخلي بجدواها ، ثم الرغبة الصادقة في الإقلاع عن التعاطي ، والرغبة الصادقة في تطبيق الخطوات ، ولا بد من التأكيد على عملية التطبيق الواعي لكل خطوة . حيث يبدأ المدمن من الخطوة الأولى ولا يتجاوزها إلى الخطوة التي تليها إلا حينما يتأكد من إدراكه وتطبيقه لمحتواها ، بمعنى أن المدمن قد يظل في الخطوة أشهراً أو حتى سنة أو أكثر ، حتى تكون نتيجة البرنامج مضمونة . وتتولى جمعية (A-A) وجمعية (NA) حالياً تخريج مرشدي إدمان ، وهم مدمنون متعافون يدرسون برنامج إرشاد الإدمان الذي يحتوي على حوالي (٢٧٠ ساعة) تتناول طبيعة الإدمان ، وتطوره ، وأضراره على المدمن وعلى الأسرة وعلى المجتمع ، بالإضافة إلى فنيات التعامل وآليات الاتصال ، وغيرها من الموضوعات العلمية المهمة وذات العلاقة بالإدمان ، وسلوكيات المدمنين وكيفية التعامل معها ؛ وبهذا يكون مرشد الإدمان على علم بالحالة الإدمانية ، ووضع المدمن من خلال التجربة ، أو الخبرة التي مر بها ، ومعرفة علمية عن أضرار الإدمان على وظائف الجسم وبعض المعارف العلمية الأخرى ، من خلال الكورسات النظرية لبرنامج الإرشاد . فضلاً عن المعرفة التامة بالخطوات الإثنتي عشرة ، مع خبرة ثلاث سنوات في مجال إرشاد الإدمان ، قبل الحصول على وثيقة التخرج ، وترخيص الممارسة العملية . ثم يقومون

- بالإشراف على المدمنين حديثي التعافي ، ومن الملتهقين بالبرنامج ليرشدوهم نحو الأسلوب الأمثل في التعامل مع خطوات التعافي . وهذه الخطوات هي :
- ١- الاعتراف بأنك مسلوب الإرادة أمام المخدر ، ولم تعد لديك القدرة على الإمساك بزمام أمور حياتك .
 - ٢- الإيمان الصادق بوجود الله وهو القادر على إعادتك إلى طريق الصواب .
 - ٣- التوكل على الله العليّ القدير .
 - ٤- القيام بعملية جرد أخلاقي للذات عن طريق البحث المفصّل والجريء .
 - ٥- الاعتراف لله ثم للنفس والآخرين بالطبيعة الحقيقية والمفصّلة لأخطائك التي ارتكبتها .
 - ٦- الاستعداد التام والصادق على إزالة الأخطاء وتصحيحها .
 - ٧- الطلب من الله وبخشوع تام بأن يساعدك في التخلص من عيوبك وأخطائك .
 - ٨- القيام بوضع قائمة بأسماء كل الأشخاص الذين أذيتهم ، وأعقد العزم على تعويضهم أو الاعتذار منهم .
 - ٩- القيام بتعويض الأشخاص الذين أذيتهم مباشرة كلما أمكنك ذلك ، إلا إذا كان ذلك سوف يضر بهم أو بالآخرين .
 - ١٠- الاستمرار في عملية الجرد الأخلاقي للذات ، والاعتراف بالأخطاء أولاً بأول .
 - ١١- تقوية الصلة بالله تعالى من خلال الصلاة والتأمل والخشوع والدعاء ، والتضرع إلى الله بأن يساعدك ويمنحك القوة .
 - ١٢- نتيجة لتحقيق الصحة الروحانية من خلال هذه الخطوات القيام بتنفيذ هذه المبادئ (الخطوات) في جميع شؤون حياتي ، ونقلها إلى غيري من المدمنين لينتفعوا منها .

الفصل الثاني عشر
النظريات التي يمكن استخدامها
مع حالات الإدمان

النظريات التي يمكن استخدامها مع حالات الإدمان

تُمثل النظرية إطاراً يوجه الممارس نحو إجراء معين . وتعرف النظرية بأنها حقيقة أو مجموعة حقائق علمية مقبولة نسبياً . وتنقسم النظريات العلمية إلى قسمين النظريات العامة وهي التي تفسر السلوك الإنساني العام (كنظرية ثورندايك في تفسير السلوك البشري : كل فعل له رد فعل مساو له في القوة مضاد له في الاتجاه) ، والنظريات الخاصة وهي النظريات التي تفسر سلوكاً محدداً أو ظاهرة محددة (كنظرية دور كايم في تفسير ظاهرة الانتحار : كل ما قل التضامن الاجتماعي كل ما ارتفعت معدلات الانتحار) . وتهدف عملية المزوجة بين النظرية والتطبيق إلى الوصول إلى حقائق يمكن تعميمها . والنظريات التي تم تطويرها في مجال الخدمة الاجتماعية ، تختلف من حيث الغرض فهناك نظريات تفسيرية (تشخيصية) وهناك نظريات علاجية .

وهناك مجموعة ضوابط وشروط ينبغي على الأخصائي الاجتماعي مراعاتها عند اختياره لنظرية معينة ، وهذه الشروط هي^(١) :

- ١ - طبيعة العميل وسماته الشخصية ، وعلاقتها بالمشكلة التي يعاني منها .
- ٢ - طبيعة المشكلة وحجمها .
- ٣ - خبرة وكفاءة الأخصائي الاجتماعي في اختيار النظرية المناسبة ، ومهارته في تطبيقها .
- ٤ - صلاحية وإمكانية تطبيق النظرية ، وملاءمتها مع مجال الممارسة الذي ستطبق فيه .

(١) عبدالفتاح عثمان (١٩٩٨) . رؤيا نظرية معاصرة لخدمة الفرد الشمولية . القاهرة : مكتبة عين شمس . ص ١١٨ - ١١٩ .

- ٥ - طبيعة النظرية وبنائها العام ومدى ارتباطها بالمشكلة المراد حلها .
- ٦ - طبيعة المؤسسة وسياساتها وإمكانياتها .
- ٧ - مراعاة الوقت والجهد والتكاليف عند اختيار النظرية .

١٢ . ١ نظرية الممارسة في الخدمة الاجتماعية

تنطلق نظرية الممارسة practice theory في الخدمة الاجتماعية من مقولة مفادها «أن التطبيق قد يتفق مع النظرية وقد يختلف» بمعنى أن النظرية قد تحسن إلى التطبيق وقد تسيء إليه . والهدف من نظرية الممارسة في الخدمة الاجتماعية التركيز على إحداث التغيير الاجتماعي ، حيث يشير تاريخ ممارسة الخدمة الاجتماعية إلى أن هناك تغييرات أصبحت بمثابة مبررات مهنية تدعو للوصول إلى نظرية للممارسة يمكن أن تصل بمهنة الخدمة الاجتماعية إلى مصاف المهن المتقدمة . وفي هذا الصدد يصف «ماكس سيبورن» (Siporin,1975) نظرية الممارسة بأنها إطار معرفي مميز له مفاهيم وافتراضات ومبادئ ، تكونت عن طريق المعارف العلمية ؛ والفرق بين نظريات الممارسة والنظريات الأساسية التي تقوم عليها المهنة ، أن النظريات العلمية نظريات وصفية ، في حين أن نظريات الممارسة إرشادية تعمل على تحديد إحداث التغيير^(١) .

ونظرية الممارسة هي نظرية يصوغها الأخصائي الاجتماعي من واقع الممارسة المهنية ، فهي نظرية أمبيريقية بحثية ، تنطبق عليها قواعد وإجراءات البحث العلمي المعروفة . إذ تبدأ مع الأخصائي الاجتماعي من الملاحظة

(1) Max Siporin (1975). Introduction Social Work. New York: Mcmillan Publishing Company, p. 118.

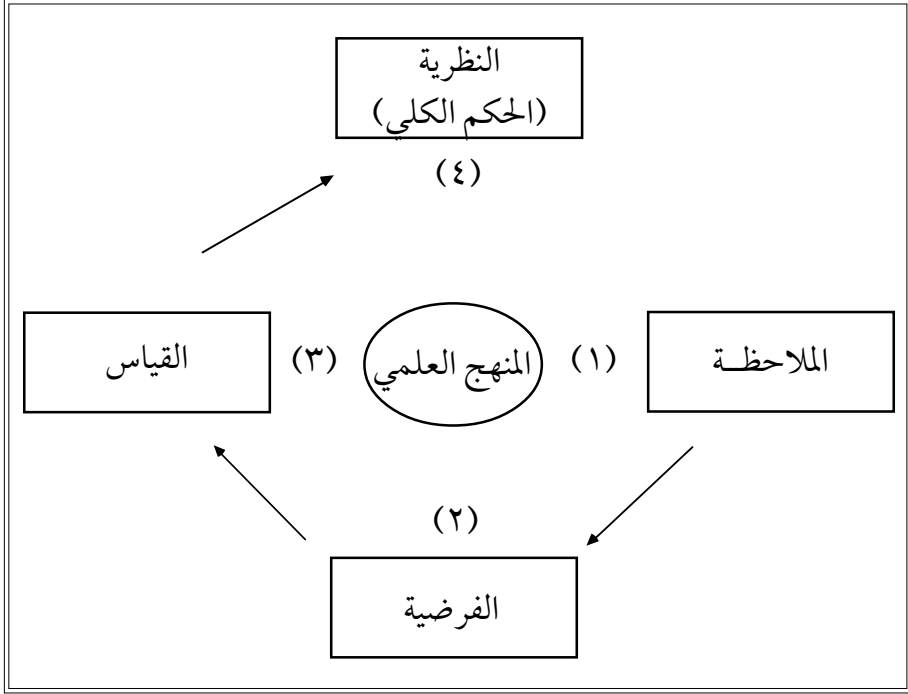
السيطة لظاهرة معينة كأن يلاحظ بأن الكثير من المدمنون يعانون من التفكك الأسري مثلاً، ثم يدخل الأخصائي في مرحلة الحيرة إزاء هذه الظاهرة، ويبدأ في طرح التساؤلات هل فعلاً المدمنون يعانون من التفكك الأسري؟ هل جميع المدمنين يعانون من التفكك الأسري؟ هل هناك مدمنين ليس لديهم تفكك أسري؟ ثم يبدأ في الإطلاع والملاحظة الدقيقة، إلى أن يتكون لديه اتجاه مبدئي حول الظاهرة، فيقبل أو يرفض الاتجاه فتكون لديه ما يسمى بالفرضية، كأن يقبل مثلاً بصحة ملاحظته وهي أن المدمنين يعانون من التفكك الأسري، وهنا يسعى إلى التحقق من صدق الفرضية من خلال الدراسة الميدانية (التطبيقية) بواسطة أدوات البحث العلمي، كأن يستخدم الاستبيان مثلاً لقياس به مدى وجود التفكك الأسري لدى المدمنين وأسره، ومن خلال القياس العلمي، يتوصل إلى النتيجة النهائية وهي ما تعرف بمرحلة التجريد التي يرقى فيها من الجزء إلى الكل (ثمرة البحث) ففي المثال السابق قد يصل الأخصائي الاجتماعي مثلاً إلى نظرية تقول: «كل مدمن مخدرات يعاني من تفكك أسري» (تعميم). ويعبر عن تطور النظرية «كلود برنارد» حين يقول: إن النظريات العلمية ليست إلا مستويات نستريح إليها إلى أن نتقدم في البحث، وهي تعبر عن المرحلة الراهنة لمعرفتنا، لذا يفترض ألا نؤمن بها إيماننا بعقائد الدين، وأن نعدلها تبعاً لتقدم العلم، كما يطرح «أوجست كونت» هذا المعنى إذ يقول: على الرغم من دلائل الصدق التي أراها في نظرية الجاذبية، إلا أنني لا أجرؤ على ضمان استمرارها^(١).

وتجدر الإشارة إلى أن النظرية يمكن أن يثبت خطأها وترفض، ويمكن أن تتطور النظرية وتقنن مع الوقت والتجربة، ومع إجراء الأبحاث فتصبح

(١) عبدالباسط محمد حسن (١٩٨٥م). أصول البحث الاجتماعي. القاهرة: مكتبة وهبة. ص ٥٢-٥٣.

أكثر دقه ، ففي المثال السابق قد تصاغ النظرية من جديد فتكون «كل مدمن هيروين يعاني من تفكك أسري» فكلما كانت النظرية مقننة كلما أمكن تعميمها ، وكانت أقرب إلى الصدق .

شكل يوضح خطوات بناء نظرية الممارسة



ويورد «بينكس و ميناهان» (Pnicus & Minahan) بعض مميزات نظرية الممارسة منها^(١):

- ١- تختار نظرية الممارسة لموقف معين ، ولا تصلح لغيره من المواقف .
- ٢- تشتمل نظرية الممارسة على مفاهيم تطبيقية خاصة بها .

(١) عبدالفتاح عثمان (١٩٩٨م) . (مرجع سابق) . ص ١١٣ .

٣- تحدد نظرية الممارسة تطوراً مميزاً لطبيعة الظاهرة أو المشكلة المراد التعامل معها .

٤- تحدد نظرية الممارسة أهداف التدخل المهني .

٥- تحدد نظرية الممارسة خطوات التدخل المهني .

وقد تستخدم نظرية الممارسة على نطاق أضيق من ذي قبل ، بحيث يسير الأخصائي الاجتماعي على نفس الخطوات السابقة ، ولكن على نطاق ضيق ، كأن يكون عميل واحد فقط . وهو ما يعطي الحالة فرديتها وخصوصيتها ، وهذا ما أكدت عليه «ميناهاان» في خصائص ومميزات نظرية الممارسة في الخدمة الاجتماعية ، وهي أن نبحث عن المشكلة -كمشكلة- مع كل عميل وفق الأسلوب العلمي ، وهي خطوات البحث تطبيقاً على نظرية الممارسة التي تتميز باحتوائها على تدخل مهني .

٢ . ١ ٢ نظرية الأنساق العامة (نظرية بيئة اجتماعية)^(١)

تُعد نظرية الأنساق العامة general systems theory من النظريات الشائعة الاستخدام في حقل الخدمة الاجتماعية ، ويرجع أساس النظرية إلى عالم الاجتماع الأشهر تالكوت بارسونز (١٩٠٢) Talcot Parsons ونظرية الأنساق العامة من النظريات ذات الوحدات الكبيرة macro theory التي تأخذ من المنظور الشمولي أسلوباً في النظر إلى الحياة الاجتماعية ، وطريقاً إلى تفسير المشكلات الاجتماعية وحلها .

يمكن توظيف نظرية الأنساق العامة في مجال الإدمان على المسكرات والمخدرات والمؤثرات العقلية ، بهدف تفسير مشكلة المدمن المتشعبة

(١) عبدالعزيز عبدالله البريثن (مرجع سابق) . ص ٥٧٥-٥٨٤ .

(تشخيصية)، وتقديم علاج شامل للجوانب ذات العلاقة بحياة المدمن، وذات العلاقة بالمشكلة (علاجية). ويمكن النظر إلى أسلوب النظرية العلاجي في العلاج الأسري الذي يتميز بأنه أكثر الأنساق وضوحاً، حيث تقوم نظرية الأنساق العامة على أن الحياة الاجتماعية والبيئية ذات أساس ترابطي، ففي الحياة الاجتماعية ترى النظرية بأن المدمن نسق قائم بذاته، وهو أيضاً يعيش داخل نسق هو الأسرة فهو-المدمن- يتأثر ويؤثر في الأسرة، كما أن الأسرة داخل نسق أكبر وهو المجتمع، والمجتمع أيضاً يشكل نسقاً بين المجتمعات الأخرى . . وهكذا.

فمثلاً إدمان رب الأسرة يعني بأن الأسرة كنسق ستتأثر من ذلك، فالأدوار التي يؤديها الأب سيصبح مع الإدمان غير قادر على أدائها، مما يعني أن الأم ستقوم بالأدوار التي كان يؤديها الأب، وهذا يدلنا على أن الأم ستترك بعض الأدوار التي كانت تقوم بها، لتقوم البنت بأدائها، مما يعني أن البنت سيضعف أدائها الدراسي، ولن تستطيع الحصول على معدل يؤهلها من دخول القسم الذي يحتاج إليه المجتمع أملاً في الحصول على وظيفة، وهكذا تصور النظرية كيف أن المجتمع بكامله تأثر من إدمان نسق واحد وهو رب الأسرة. لذا فالنظرية تذهب إلى أن الأسلوب العلاجي يجب أن ينصب على الأنساق المحيطة بالنسق، بمعنى أن علاج الإدمان في المثال السابق لا يكون مركزاً على رب الأسرة فقط، بل يجب أن يشمل نسق الأسرة أيضاً، بمعنى أن عودة الأب يجب أن يصاحبها دعم من أفراد الأسرة، وتكيف مع الوضع الجديد الذي هو الوضع الصحي، أو الطبيعي لكل نسق من أنساق الأسرة (الأفراد) وتوازن الأسرة بكاملها كنسق، فمثلاً قد يعود الأب إلى الأسرة بعد الإقلاع عن المخدر ولكنه لم يمارس دوره الطبيعي، إذ تستمر الأسرة على الوضع السابق (وضع الأب حينما كان

مدمناً)، مما يعني بأن هناك خللاً، فمشكلة الإدمان زالت من أحد الأنساق الذي هو رب الأسرة، ولكن العلاج لم يتناول الأنساق الأخرى التي تمثل الأفراد والأسرة بكاملها، فبقية الأسرة في حالة مرضية (عدم اتزان أسري) قد ترجع الأب إلى حالة الإدمان السابقة .

وفي مجال الإدمان على المخدرات تعد الأسرة من أهم الأنساق التي يجب التعامل معها، إذ كثيراً ما تعاني أسر المدمنين من أحد حالين إما الإفراط في ملاحظة المدمن مما يفقده ثقته، أو منح الثقة الكاملة والمطلقة مما ينعكس أثرها السلبي على الأسرة عند انتكاسة المدمن، حيث أن الإدمان غالباً ما تصاحبه انتكاسات متعددة. كما أن هناك أنساقاً أخرى يمكن العمل معها في مجال الإدمان على المخدرات إذا دعت الحاجة إلى ذلك وكان ذلك ممناً كمنسق الأقارب، ومنسق الأصدقاء، ومنسق العمل (عمل المدمن).

١٢ . ٢ . ١ خطوات التدخل المهني وفقاً لنظرية الأنساق العامة

ير التدخل المهني المبني على نظرية الأنساق العامة بمراحل . تبدأ بتحديد المشكلة ثم دراسة الموقف، ثم تحليل الموقف، ثم تحديد الأهداف، ثم التخطيط، ثم التدخل، ثم التقييم :

١ - تحديد المشكلة

يقوم الأخصائي الاجتماعي في هذه الخطوة بإجراء قياس دقيق لأبعاد موقف الإدمان وهو ما يعتبر بمثابة المتغير التابع، الذي حدث نتيجة الإدمان على المخدر، الذي يشكل متغيراً مستقلاً، دون إحداث تغيير أو مساعدة (تدخل مهني) ويتعين أن يكون المقياس بصورة متكررة ومستمرة بهدف التأكد من ثبات المتغير التابع .

كما يعمل الأخصائي الاجتماعي على تصنيف مشكلة المدمن من ارتباطها بمشاكل أخرى (صحية، نفسية، عقلية) وهو ما يندرج تحت التصنيف العلمي المعروف بالتصنيف الذاتي أي في ذات العميل. ثم يعمل الأخصائي الاجتماعي على التصنيف الخارجي (البيئي) وهو مدى ارتباط هذه المشكلة بالمحيط الاجتماعي، الذي يتضح من خلال التعامل مع بقية الأنساق الأخرى (النسق الأسري، نسق الأقارب، نسق الأصدقاء، نسق زملاء العمل أو الدراسة) كما أنه غالباً ما تكون المشكلة مع حالات الإدمان على المخدرات مشكلة متشعبة و مترابطة و متداخلة كما سبق أن ذكرنا، وهو ما يعطي أهمية استخدام النظرية في مجال الإدمان على المخدرات.

كما تجدر الإشارة إلى ضرورة الاتفاق بين الأخصائي الاجتماعي والمدمن على تحديد المشكلة وسببها، والاتفاق على ما يجب تغييره أو تعديله في الموقف، وهو ما يكفل نجاح الخطوات القادمة ومنها خطة العلاج، ثم مساهمة المدمن في حل المشكلة وتنفيذ الخطة، ومن جانب آخر يعد محكاً لمعرفة وجود الرغبة الصادقة لدى المدمن في حل المشكلة.

٢ - دراسة الموقف

سبق أن تطرقنا إلى أن مشكلة الإدمان غالباً ما تكون متشعبة وتمس أكثر من جانب من جوانب حياة المدمن، مما يؤكد على أهمية دراسة الموقف دراسة دقيقة وتحديد دقيق للجوانب التي بلغتها المشكلة. مع توضيح أكثر الجوانب تضرراً وأكثرها تأثيراً في المشكلة. ويمكن أن يصمم الأخصائي الاجتماعي جدولاً خاصاً بهذه الخطوة يظهرها في شكل مبسط، ويمكن الاعتماد عليه والرجوع إليه أثناء إعداد الخطة العلاجية، وأثناء التدخل المهني، مع رصد الأثر الذي أحدثه التدخل المهني في كل جانب.

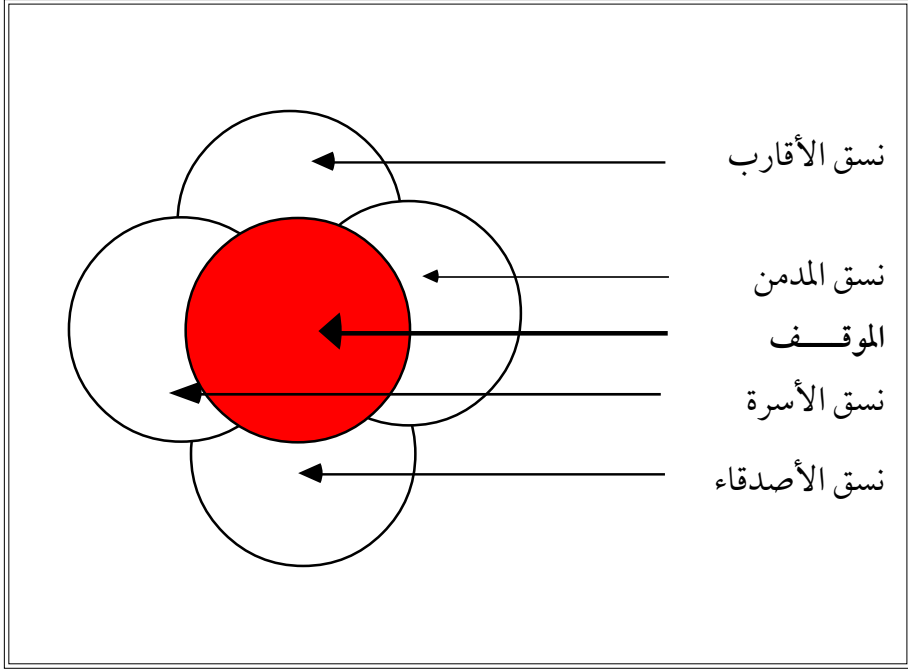
٣ - تحليل الموقف

إن مجموعة الحقائق التي تم التوصل إليها عن طريق دراسة الموقف لا تعدو عن كونها حقائق مجردة تكمن أهميتها في عملية التحليل والربط لتوضيح الأثر المتبادل ، مما يجعل التدخل ناجحاً بنجاح تحليل الموقف . ويذهب التحليل هنا إلى معرفة السبب الغائب وراء النتيجة الظاهرة (الإدمان) . وهذه الخطوة هامة للممارس المهني الذي يعمل في ضوء نظرية الأنساق العامة ، لأن النظرية تنظر إلى الأشياء على أساس ترابطي ، وتصورها في شكل أنساق بينها تفاعل وتأثير متبادل ، وهي نظرة واقعية ، وهذا ما يعطي التحليل أهمية في إظهار هذا التفاعل في صورته الحقيقية ، بحيث تتضح الأنساق المتضررة والأنساق الأكثر حاجة إلى تدخل مهني . وهذه الخطوة يمكن فيها أيضاً تصميم رسم بياني أو جدول للأنساق ذات العلاقة والتي سيعمل معها الأخصائي الاجتماعي ، لتكون مرجعاً عند تصميم خطة العلاج ، وعلى غرارها يصمم جدول لتسجيل استجابات الأنساق أثناء تنفيذ الخطة العلاجية (إجراء التدخل المهني) .

٤ - تحديد الأهداف

في هذه المرحلة يقوم الأخصائي الاجتماعي بإشراك المدمن في تحديد الأهداف التي ينبغي تحقيقها ، والأنساق التي ينبغي التأثير عليها ، فكما سبق تقوم النظرية على فرضية التأثير والتأثر بين الأنساق ذات العلاقة ، بمعنى أنه متى كان هناك تفاعل فإن هناك تأثيراً بين الأنساق .

شكل يوضح ترابط الأنساق وفقاً لتصوير نظرية الأنساق العامة)



وتعتبر الأهداف التي يحددها الأخصائي الاجتماعي والعميل بمثابة المحركات التي بناءً عليها يمكن قياس فاعلية الممارسة المهنية. حيث يفترض في الأهداف أن تكون نابعة من دراسة وتحليل الموقف، كما يفترض في الأهداف أن تكون واقعية وقابلة للتحقيق، علماً بأنه يمكن تعديل الأهداف، أو حتى تغييرها وفقاً لمستجدات الموقف ومقتضيات الزمن.

٥ - التخطيط

مرحلة التخطيط تعني وضع الخطة العلاجية التي بواسطتها تتحقق الأهداف، حيث عن طريق الخطة يمكن تحقيق الأهداف. ويفضل في مرحلة التخطيط أن يضع الأخصائي الاجتماعي خطة علاجية وخطة بديلة، بحيث يكون تنفيذ الخطة مؤدياً إلى تحقيق الأهداف التي تم تحديدها مسبقاً.

٦ - التدخل

التدخل هنا يعني ترجمة الخطة إلى تدخل مهني ملموس ومحسوس ، سواء في نسق المدمن ، أو في بقية الأنساق ذات العلاقة بالمشكلة . وينبغي هنا متابعة التدخل المهني لضمان تحقيق الأهداف المتبغاة ، وتقويم فاعليّة التدخل المهني . والتدخل لا بد أن يسهم فيه المدمن وبشكل فعّال ، حيث أن العميل ليس مشكلة وإنما هو يعيش في موقف مشكل ، فهو لديه قدرات يجب استثمارها ليشعر بالقيمة الذاتية ، فتتعزيز لديه الرغبة في العمل نحو حل المشكلة ، كما تعبر المشاركة عن خبرة عملية يمارسها المدمن ستدعم الجانب الوقائي لديه تجاه مثل هذه المشكلات في المستقبل .

٧ - التقييم

التقييم هنا لا يقتصر على إحدى الخطوات السابقة ، بل إنه يشمل الموقف بجميع محتوياته ، ولجميع الأنساق . إذ أن تقييم الموقف يعني الوقوف على المشكلة بعد إجراء الخطوات اللازمة التي يفترض فيها أن تؤدي إلى حل المشكلة ، أو تخفيفها ، أو التكيف معها . ويتم التقييم هنا عن طريق مراجعة الأهداف المصاغة ، والتي اتفق عليها الأخصائي الاجتماعي والمدمن مسبقاً .

١٢ . ٣ النظرية السلوكية (لتفسير الاشتياق)

في بداية القرن العشرين تقريباً اكتشف العالم الروسي «إيفان بافلوف» الاستجابة الشرطية ، ويبدو أن هذا الاكتشاف العظيم جاء كغيره من الاكتشافات من قبيل الصدفة ، كما لم تكن له أهميته في بداياته . فقد لاحظ «بافلوف» أن صوت أقدام المكلف بتغذية الكلاب ، وهو يقترب منها يعمل

على سيلان لعاب الكلاب ، وجوهر الملاحظة هو أن سيلان اللعاب كان يسيل قبل أن يوضع الطعام في فمها بوق كثير ، بعدها قرر «بافلوف» بناءً على هذه الملاحظة أن يتوقف عن البحث في إفرازات المعدة وهو العمل الذي قاده إلى نيل جائزة نوبل العالمية ، وذلك لأجل التفرغ للقيام بالدراسات المنهجية ، على الاكتشاف الجديد الذي أطلق عليه «الإفراز النفسي» فبدلاً من الاستمرار في استخدام وقع الأقدام كمثير ، قام «بافلوف» بتدريب كلابه على سيلان اللعاب عند سماع شوكة رنانة ، أو عند رؤية ضوء ، وقد كان «بافلوف» يرى بأن هذا موجود أصلاً ولدى الإنسان أيضاً ، فالجميع يلاحظون ذلك حينما يفكرون في الشواء ، أو في وجبه أخرى يفضلونها ، ومن هذا المنطلق غير «بافلوف» مجرى حياته العملي . والغريب في الأمر أن العالم «لوك» Locke قد تطرق إلى هذا الموضوع من قبل حينما وصف عقل الإنسان بالصفحة البيضاء عند ولادته ، ومن بعد الولادة تبدأ البيئة بالكتابة في هذه الصفحة على مدار الأيام التي يعيشها الإنسان^(١) .

والارتباط الشرطي الذي يقوم على فكرة ما تؤدي إلى فكرة أخرى ، سمي بالإشرط الكلاسيكي ، كما عرف مبدأ الإشرط العام بـ «قانون الاقتران» الذي يفسر حالة الاشتياق للمخدر الذي يصاب بها المدمن بسبب انقطاعه عن المخدر ، فعلى سبيل المثال المدمن الذي اعتاد على شراء المخدر

(١) للتوسع في النظرية السلوكية ، لاحظ : تعديل السلوك البشري (١٩٩٢م) . تأليف : هارولد ريجنالد بيتش . ترجمة : فيصل محمد الزراد . الرياض : دار المريخ للطباعة والنشر . و : التعلم (١٩٨٩م) . تأليف : سارنوف أمدينك وآخرين . ترجمة : محمد عماد الدين إسماعيل . بيروت : دار الشروق . و : في العلاج السلوكي (١٩٧٣م) . تأليف : دافيد مارتن . ترجمة : صلاح مخيمر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

من مكان معين، ثم انقطع عن التعاطي ستحدث له حالة اشتياق متى ذهب إلى ذلك المكان، لأن ذهن المدمن بالتأكيد سيستدعي المفعول الذي يقدمه المخدر للجسم، وبالتالي سيستحوذ المخدر على تفكيره، وإذا لم يحدث له عامل الكف، أو الانطفاء فسيعود إلى شراء المخدر.

الانطفاء : أن يُقدم على شراء المخدر من تلك المنطقة المعينة، أو المكان المعين فلا يجد من يبيع مخدرات، أي أن الباعة رحلوا إلى مكان آخر، فإذا عاد إلى المكان مرات أخرى فلم يجد من يبيع المخدر فسينطفئ الاشتياق (يزول).

الكف : أن يتجول في المكان الذي كان يشتري منه المخدر في السابق ويحدث له اشتياق ثم يقابله شرطي البوليس . بمعنى إذا أتى مرة أخرى إلى ذلك المكان فسيحدث له اشتياق مرة أخرى (انطفاء مؤقت).

ففي تجربة «بافلوف» ماذا يحدث لو قرع الجرس وحده دون إقرانه بالطعام؟ الجواب بمنتهى البساطة هو أن سيلان اللعاب عند الكلاب سيتوقف، وهذا ما يسمى بالانطفاء . وفي الحياة الطبيعية يستخدم المفهوم الشرطي في كثير من مناحي الحياة سواء بقصد أو بغير قصد، خذ مثلاً الإعلانات التجارية في التلفزيون، أو في وسائل الإعلام المختلفة، يستخدم قانون الاقتران الشرطي في الإعلام كما هو علمياً في الإشراف الكلاسيكي، فدعاية لمنتج «كورن فليكس» تعد مثيراً شرطياً، ولو أن نجمة سينمائية لامعة ظهرت على الشاشة لتقدم سلعة ما، ولتكن زياً معيناً مثلاً، فهذا يعد مثيراً طبيعياً (الفنائة) يخدم مثير شرطي (الزي) لإثارة مشاعر ومعاني الجاذبية لدى المشاهدات لأجل شراء السلعة التي ترتديها، بحيث تعطي انطباعات لمن

تشتري ذلك المنتج بأنها ذات جاذبية، أو لتشعر الآخرين بأنها ذات جاذبية^(١).

١٢ . ٤ النظرية السلوكية (كأسلوب علاجي):

إن محور النظرية السلوكية Behavior Theory في إطارها العام هو السلوك، كيف يُتعلم؟ وكيف يتغير؟ لذا تسمى بنظرية التعلم، كما تسمى بنظرية المثير والاستجابة. وقد ارتبط اسم النظرية السلوكية باسم العالم إيفان بافلوف Pavlov وسكينر Skinner وجون واطسون Watson. وترتكز النظرية على مجموعة من المبادئ من أهمها^(٢):

- ١- معظم سلوك الإنسان متعلم: بمعنى أن الفرد يتعلم السلوك السوي كما يتعلم السلوك الخاطئ (غير سوي).
- ٢- يُحلل سلوك الإنسان وفقاً لمبدأين هما:
المثير: وهو الذي ينبه السلوك ويشيره ويحركه.

الاستجابة: وهي الحركة التي أنتجها المثير (م-س)، بمعنى أنه إذا كانت العلاقة بين المثير والاستجابة سليمة جاء السلوك سليماً، أما إذا كانت العلاقة مضطربة فإن السلوك يجرى غير سوي، لذا فالممارسة في ضوء النظرية السلوكية تستلزم دراسة العلاقة بين المثير والاستجابة، وما بينهما من عوامل نفسية واجتماعية وانفعالية.

(١) سارنوف أ. مدنيك، وآخرين (١٩٨٩م). التعلم. بيروت: دار الشروق. ص ٥١-٥٠.

(٢) أحمد محمد الزعبي (١٩٩٤م). الإرشاد النفسي: نظرياته، اتجاهاته، مجالاته. صنعاء: دار الحكمة اليمنية. ص ٧٥-٧٧.

٣- ترى النظرية السلوكية بأن الشخصية هي مجموعة سلوكيات متعلمة وثابتة نسبياً ، وتميز الفرد عن غيره من الناس .

٤ - تحلل النظرية السلوكية عملية التعلم في مراحل هي :

أ - الدافعية : ترى النظرية بأنه لا يوجد تعلم بدون دافع ، والدافع هو طاقة كامنة قوية ، وهو القوة المحركة لفعل السلوك ، والدافع قد يكون أولياً وعضوياً كالدافع إلى الأكل وتسمى بالحاجات الفسيولوجية (كالحاجة إلى الأكل والحاجة إلى النوم وغيرها من الحاجات الأساسية التي سطرها العالم «ماسلو») ، وقد يكون دافعاً مكتسباً ثانوياً متعلماً كالخوف ، وتأتي الدوافع الثانوية عن طريق التعلم .
فآلية الدافع تسير على ثلاث مراحل أولاًها مرحلة تنشيط الطاقة الانفعالية ، ثم مرحلة تحريك الإنسان للاهتمام بموقف دون غيره من المواقف الأخرى ، ثم مرحلة توجيه الإنسان نحو حاجة معينة .

ب- التعزيز : وهو التدعيم والإثابة ، وهو إما إثابة أولية كإشباع فسيولوجي كالأكل مثلاً بالنسبة للجائع ، أو إثابة ثانوية مثل زوال الخوف . والتعزيز وظيفته أنه يعمل على تكرار السلوك .

ج- الانطفاء : ويقصد به أن السلوك إذا لم يعزز ، أو إذا ارتبط شرطياً بالعقاب بدلاً عن الثواب فإن السلوك المتعلم يميل نحو الانطفاء والإهمال إلى أن يُنسى .

د- التعميم : والتعميم يقصد به تعميم الاستجابة المتعلمة على استجابات أخرى .

هـ- إعادة التعلم : إذا لم يعزز السلوك يحدث انطفاء للاستجابة المتعلمة ، بعدها تأتي مرحلة إعادة التعلم ، أي تعلم سلوك جديد .

وفي مجال الإدمان تفسر النظرية السلوكية سلوك التعاطي بأنه نمط من الاستجابة الخاطئة المتعلمة ، لارتباطها بمثيرات منفردة ، حيث يحتفظ الفرد بها لفاعليتها بالنسبة له في تجنب مواقف ، أو خبرات غير مرغوب فيها ، أو نسيان مشكلات أسرية أو مجتمعية ، أو ما شابه ذلك . وللمحاكاة دور أساسي في علاج الإدمان بواسطة النظرية السلوكية ، حيث تلعب المحاكاة دوراً في تعلم سلوك جديد متوافق عوضاً عن السلوك الخاطيء (الإدمان) .

ومرحلة الانطفاء هي المحور الرئيس للنظرية في مجال إدمان المخدرات ، وهي عملية علاجية بحد ذاتها وتسمى في الخدمة الاجتماعية بالعلاج عن طريق ربط السلوك بدوافع بغيضة aversion therapy حيث يهدف هذا العلاج إلى الحد من السلوك غير المرغوب (تعاطي المخدر) بواسطة ربط السلوك غير المرغوب ببعض الدوافع الممقوتة أو البغيضة ، بغض النظر عن الدافع سواء كان دافعاً حقيقياً أم خيالياً .

شكل يوضح دائرة الإدمان وفقاً للنظرية السلوكية

وتتم عملية الانطفاء عن طريق إقران الكحول بشيء منفرد كمواد كيميائية منفردة مثل عقار الاميتين emetine أو العقاقير التي تسبب الغثيان كعقار التنبوسيل أو عقار الأومورفين . وقد وجد بأن (٥٠٪ تقريباً) من المدمنين قد امتنعوا بفعل مثل هذه المنفردات ، إلا أن هذا لا يعني الاطمئنان إلى نجاح هذا النوع من العلاج مع كل مدمن ، فهناك مدمنون لم يجدوا فائدة ذات دلالة في استعمال العلاج بواسطة التنفير . كما قد يكون الانطفاء مؤقت وخصوصاً مع إدمان المخدرات ، فتعاطي المدمن لسنوات عديدة تجعل من الانطفاء عملية غير مؤملة النجاح ، واستمرار نجاحها غير مطمئن . وهذا يعود إلى أن المخدرات تختلف باختلاف من بعضها من حيث النوعية والمفعول ، وطبيعة الإدمان تختلف باختلاف الفروق الفردية بين المدمنين ، والذي ينعكس بالتالي على تقبل هذا النوع من العلاج . فضلاً عن أن الإدمان بشكل عام لا يوجد له تصنيف واضح وصحيح إلى حد الآن ، كما لا يوجد للإدمان علاج معين ثبت نجاحه بنسبة (١٠٠٪) . فهناك من يرى بأنه اضطراب في السلوك وهناك من يرى بأنه مرض مزمن خاص (Clark,1966)^(١) . وهناك من يرى بأنه مرض كأى مرض آخر كما أشار إلى ذلك «فيلانت» (Vaillant,1983) حيث يرى بأن الإدمان هو مرض مثل الأمراض الأخرى تماماً ، كارتفاع الضغط الشرياني ، والجلطة وما شابهها ، لذا فعلاجه يتطلب الكشف المبكر ، وتغيير في أسلوب حياة المريض وخلق عادات صحية في التفكير والمشاعر والسلوك ، بحيث يكون الاقتصار على العلاج الطبي الكلاسيكي (عقاقير فقط) علاجاً فاشلاً ، فضلاً عن كونه شبه مستحيل^(٢) .

(١) عبدالمجيد سيد أحمد منصور (١٤٠٩هـ) . المسكرات والمخدرات والمكيفات وأثارها الصحية والاجتماعية والنفسية . الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب . ص ٢٠٦ .

(2) Vaillant, G. E. Op, cit.

وبداية ظهور أسلوب التنفير (الإشراط المنفر aversion conditioning) في مجال الإدمان كان - تقريبا - في عام ١٩٢٩م على يد العالم الروسي «كانتوروفيتش» حيث قرن وجود الخمر الكحولي، أو رائحته، أو شكله بالمثير التنفيري وهو الصدمة الكهربائية^(١). كما اكتشف اثنان من الباحثين الدنمركيين عام ١٩٤٨م هما «جينز هالد وإريك جاكوبسين» المشاعر البغيضة التي تنتاب من يتناول مادة (الدايسلفرام) disulfiam عقب تعاطيه الكحول^(٢). ومن الدراسات الرائدة في هذا المجال ما قام به «فوجتلين» Voegtlin و «ليمير» Lemere وزملائهم، حينما استخدموا بعض المواد الكيميائية المؤدية إلى الألم والنفور مع مدمني الكحول، والتي طبقت كتجربة قوية على عينة تجاوزت أربعة آلاف مدمن، مع إجراءات متابعة لهم امتدت إلى أكثر من عشر سنوات، وكان المبدأ الأساسي للعلاج معتمداً على تكوين ارتباط جديد أثناء تعاطي الكحول هو الغثيان والدوار والألم، وقد وجد الباحثون أن (٥٠٪) من أفراد العينة امتنعت عن تناول المشروبات الكحولية، ولفترة خمس سنوات بعد العلاج، في حين أن هذه النسبة انخفضت كثيراً بعد مضي أكثر من عشر سنوات^(٣).

ويمكن للأخصائي الاجتماعي أن يستخدم أساليب أخرى من التنفير كأساليب اجتماعية، مثل ربط التعاطي بالتحريم الشرعي للكحول، والعواقب الوخيمة للتعاطي في الدنيا، والعقوبة الأخروية للمتعاطين، إضافة إلى عرض الصور والأفلام التي تظهر أخطار المخدرات على الصحة

(١) محمد الحجار (١٩٩٩م). الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي-السلوكي.

بيروت: دار النفائس. ص ١٣٥.

(٢) عزت سيد إسماعيل (مرجع سابق). ص ٤٦.

(٣) هارولد ريجنالد بيتش (مرجع سابق). ٢١٣-٢١٥.

البدنية، والنفسية، والاجتماعية، أو أي أساليب أخرى أخلاقية يرى الأخصائي جدواها وفعاليتها مع العميل .

شكل يوضح علاج الإدمان وفقاً للنظرية السلوكية)

الضوابط التي يجب مراعاتها عند ممارسة النظرية السلوكية :

- ١- أن يكون الممارس للنظرية السلوكية على دراية تامة بمبادئ النظرية، ولديه أساليب ووسائل علاجية يمكن بواسطتها تنفيذ خطوات النظرية .
- ٢- أن الممارس للنظرية السلوكية في مجال إدمان المخدرات لا بد أن تكون لديه خبرة كافية في التعامل مع حالات الإدمان .
- ٣- أن يكون الممارس حسن الخلق والسلوك .
- ٤- أن يتأكد الممارس من فاعلية النظرية وجدواها مع طبيعة شخصية المدمن وسلوكه .

٥- أن بعض المثيرات (المنفرات) ينبغي عدم استخدامها إلا في أضيق الحدود وبحذر شديد كالعقاقير الكيميائية المنفرة، وهو ما نبه إليه «ساندرسون» (Sanderson, 1963) بعد أن أجرى تجربته المنفرة للكحوليين بواسطة مادة السكولين scoline الموضوعة في كأس الوسكي، حيث تؤدي المادة إلى مضايقات شديدة في جهاز التنفس مما يؤثر على طاقة وتحمل المدمن وتحدث لديه صدمة عضوية، حيث كان يطبق ذلك تحت ظروف معينة^(١).

الأسلوب المبسط للنظرية السلوكية

تعد النظرية السلوكية من النظريات الشائعة في المجال النفسي والإرشاد النفسي، وقد طرأ عليها كثير من التطور، كما أنها نظرية مؤثرة تنطلق منها نظريات، أو اتجاهات أكثر محدودية. والنظرية السلوكية وإن بدت في ظاهرها سهلة التطبيق إلا أنه يصعب تطبيق النظرية على بعض الممارسين وعلى بعض المتخصصين أيضاً، بيد أن استخدامها مع حالات الإدمان يعد شيئاً ضرورياً، لارتباط الإدمان بسلوكيات تستمر رغم توقف المدمن عن التعاطي، ويمكن تشبيه السلوك الإدماني بعد التوقف عن التعاطي بأثر المروج الذي تحدثه السفينة بعد مرورها، فالإدمان يزول بيد أن السلوكيات لا تزول فور زوال الإدمان.

ويمكن للممارس في ضوء النظرية السلوكية أن يقرأ عن النظرية السلوكية أكثر، وتكون لديه خبرة سنوات عمل في مجال علاج الإدمان، ثم يبدأ يمارسها (ويفضل أن يكون تحت إشراف) بشكل مبسط على النحو التالي:

(١) هارولد ريجنالد بيتش (مرجع سابق). ص ٢١٧.

١- يقوم الممارس بتعزيز السلوك المتوافق الذي يأتي به المدمن ، الذي يفترض أن يكون منوماً في المصحة ، ويكون التعزيز بأساليب يرتضيها المدمن ، ولا تتعارض مع سياسة المصحة التي يعمل بها . مثال :

المدمن : يطبق البرنامج العلاجي الذي تعمل به المصحة بشكل دقيق مما أثر على سلوكياته وتعامله مع الفريق المعالج إلى الأحسن .

المعالج : يثني على المدمن أثناء الاجتماع وعلى مسمع من المرضى والفريق المعالج .

٢- مساعدة المدمن في تعلم سلوك مرغوب والتخلص من سلوك غير مرغوب . مثال :

المدمن : يرى بأن المجتمع وسوء معاملة والديه سبب في إدمانه .

المعالج : مساعدة المدمن على أهمية التفكير في المستقبل وهو العلاج ، مع رفض المعالج لأسلوب قذف العواقب على الآخرين .

٣- مساعدة المدمن على تغيير السلوك غير السوي مع تحديد السلوك المراد تغييره ، وتحليل الظروف التي ظهر فيها ، وإيضاح كيف يتم محو التعلم ، ويتضمن ذلك إعادة تنظيم ظروف البيئة . مثال :

المعالج : يساعد المدمن للوصول إلى إدراك المدمن بأن الإدمان سلوك غير سوي بدليل أنه محرم شرعاً ، ومرفوض عرفاً ، ويعاقب عليه القانون ، فضلاً عن السلوك الممقوت الذي يبدر عن المتعاطي . ثم إيجاد الدافع على التخلص من هذا السلوك ، والتأكد من صدق دافع المدمن نحو العلاج وعدم زيفه . ثم مساعدة المدمن على تحليل الظروف التي حدثت به إلى التعاطي ، والوصول إلى الأسباب الحقيقية كالهروب من مشاكل الأسرة

مثلاً. ثم يقوم المعالج بشرح كيفية محو هذا السلوك المتعلم، مع دعم الأسرة لذلك كتعليم المدمن أسلوب مواجهة المشكلات الأسرية، وعواقب الهروب من المشاكل، وهل هروب المدمن أدى إلى حل المشاكل أم إلى تفاقمها؟

٤ - ضرب المثل الطيب أمام المدمن وإظهار القدوة الحسنة كأسلوب تعليم ومحاكاة. مثال:

المعالج: يظهر للمدمن بأن هناك أناساً لديهم مشاكل أسرية ولكنهم لم يتعاطوا المخدرات. ويشير كل من «ميلر وهیستر» (١٩٨٠) إلى أن نسبة الثلثين من المدمنين قد نجح معهم العلاج السلوكي، حيث طرأ تحسن ملموس خلال مدة قصيرة نسبياً، في حين أن الثلث الباقي هم مدمنون في حاجة إلى علاج طويل، ومن الأشياء المهمة في العلاج السلوكي أن الشخص يشفى نفسه بنفسه، بواسطة إرشادات المعالج السلوكي، التي تقوم على تدريب الشخص على العلاج، من خلال تمارين وتدریبات يمارسها بشكل يومي، مما يعني أن العلاج السلوكي يعتمد بشكل كبير على رغبة المدمن الصادقة في التخلص من الإدمان، ورغبة واستعداد واقتناع بأهمية العلاج السلوكي وجدواه^(١).

١٢ . ٥ النظرية العقلانية الانفعالية (لتفسير الانتكاسة):

تصنف نظرية «ألبرت إليس» Albert Ellis ضمن نظريات المعرفة وتسمى بالعلاج العقلاني الانفعالي ABC أو النظرية المعرفية الفكرية

(١) محمد حمدي حجار ١٩٨٩م (مرجع سابق). ص ٢٢.

cognitive theory . ويرجع تاريخها إلى عام ١٩٥٥ م . ومحور هذه النظرية هو تساؤل واحد فقط وهو ما هي أسباب متاعبنا النفسية؟ والإجابة على هذا التساؤل تكمن في مقولة الفيلسوف اليوناني «ابقتيطس» Epictitus التي تقول : ليست الحوادث الخارجية هي التي تزعجنا وتقلقنا ولكن تأويلاتنا ومعتقداتنا إزاءها هي سبب الإزعاج والقلق^(١) . ولنفترض أن رجلين واقفين ومر بهما صديق لهما ، ولم يلتق عليهما السلام ، أحدهما ظن أن الصديق لم يرهما ، أما الثاني فأخذته ظنونه إلى أن الصديق يستعلي أو يترفع عنهما . من مقولة الفيلسوف ومن المثال السابق يتضح بأن التقويم الشخصي Personal Evaluation للحوادث والمواقف هو المحدد لاستجابة الشخص للحدث أو الموقف ، أي إما أن تكون استجابة سليمة (صحية) أو خاطئة (مرضية) . وعلى هذا فهدف الإرشاد العقلاني الموضوعي هو تعليم ذوي الاستجابات الخاطئة كيف يستبصرون بخطأ معتقداتهم وأفكارهم ، ثم توصيلهم إلى التأويل الواقعي لأنفسهم وللمثيرات الخارجية .

لا شك بأن الاشتياق للمخدر الذي يصاب به المدمن عند توقعه المفاجئ عن التعاطي ، عاملاً مهماً في حدوث الانتكاسة في بعض الأحيان ، إلا أنه يجب علينا ألا نترك الباب مفتوحاً على مصراعيه أما عامل الاشتياق ، أولاً لأن الاشتياق تنخفض حدته وشدته ، وتطول المسافة التي تفصل بين حالة

(١) محمد حمدي حجار (١٤١٣هـ) . الحقيبة التدريبية : برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحات ومراكز إعادة التأهيل (الجزء الأول) . الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب . ص ١١-١٥ . للتوسع في النظرية وتطبيقاتها ، لاحظ : العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية . تأليف : محمد حمدي حجار . الرياض : أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية .

اشتياق وأخرى ، كما تقل مدة أو فترة حدوثه ، وذلك مع طول استمرار التوقف عن التعاطي . وثانياً أن هناك عوامل خارجية (اجتماعية أو نفسية مثلاً) قد تكون ظاهرة وقد تكون مستترة ، لها تأثير في حدوث الانتكاسة . وفي كلا الأمرين تقدم نظرية العلاج العقلاني الانفعالي علاجاً ناجعاً ، يعتمد على مهارة المعالج في العمل مع الحالة ، فعن العامل الأول الذي هو الاشتياق يتضح بأن المدمن يفتقد الاستبصار حين أقدم على التعاطي (انتكاسة إلى المخدر) دون النظر إلى النتائج السلبية التي يجلبها المخدر ، ولعل أقرب النتائج السلبية وجود المدمن في المصححة ، وعلى المعالج هنا محاولة ربطها بمسألة الإدمان التي تعود عليها المدمن فترة ليست بالقصيرة . أما عن العامل الثاني الذي هو العوامل الخارجية فإن سبب الانتكاسة معه يكمن في الأفكار والمشاعر التي حملها المدمن تجاه هذه العوامل ، زعماً منه بأن التعاطي يبعد ، أو يعالج هذه العوامل ، والعلاج هنا يتمحور حول تغيير هذه المشاعر والأفكار التي يحملها المدمن تجاه العوامل ، لذا فالمعالج يسعى إلى إظهار هذه العوامل وكشفها إن كانت مستترة في ذات المدمن (حالات الإنكار) أو مواجهتها بالتصحيح إذا تعمد المدمن سترها (حالات الكذب) ، ثم التعامل مع المدمن حيال هذه العوامل ، وجوهر العلاج هو تبديل سلوك المدمن من خلال تغيير أفكاره ومشاعره الخاطئة التي كانت سبباً في الانتكاسة .

١٢ . ٦ نظرية المراحل

تشير نظرية المراحل (كاندل ١٩٨٠م) إلى البرامج العلاجية لإدمان المخدرات ، حيث يرى «كاندل» بأن طريق التعاطي يسير وفق أسلوب محدد ، وخطوات معينة . وهو بهذا يطرح أسلوب يقتصر على ظاهرة

تعاطي المخدرات ، ويعد منظوراً نفسياً-اجتماعياً يفسر حياة المدمن مع المخدر ، بدءاً من التعاطي البسيط للمخدرات ووصولاً إلى المراحل المتطورة أو المزمنة ، فالأول يري بأن مرحلة المراهقة هي نقطة البدء في التعاطي ، حيث يتعاطى فيها المدمن البيرة ، أو الخمر بالإضافة إلى التدخين ، ومن ثم ينتقل إلى المشروبات الروحية القوية ذات التأثير الأقوى ، وبعدها يبدأ في تعاطي الحشيش وبعض العقاقير الأخرى ، وهذه المراحل الثلاث ليست بالضرورة تقود إلى ما بعدها من المراحل ، غير أنه من المؤكد أن البدء في أي مرحلة جديدة يعني تجريب وممارسة المرحلة التي قبلها ، فتعاطي الحشيش يعني أنه سبق له تعاطي المشروبات الروحية . كما ينبه «كاندل» إلى العوامل النفسية والاجتماعية والنفسية الاجتماعية . فمشاعر الاكتئاب (عامل نفسي) مثلاً مؤشراً قوياً على تعاطي الحشيش بكميات كبيرة . ومخالطة رفقاء السوء (عامل اجتماعي) دليل على استمرار المراهق في إكمال مشوار تعاطي المخدرات الأخرى كالكوكاين والهيروين ، حتى بلوغ المراحل المزمنة والحرجة . والمعتقدات والقيم (عامل نفسي اجتماعي) يعبر عن منبه للمرحلة القادمة ، كالحلفية الذاتية عن حالة النشوة التي يجلبها الكحول والمستقاة من البيئة الاجتماعية مثلاً ، تعد منبهاً إلى تخطي مرحلة التبغ والبيرة والولوج في مرحلة المشروبات الروحية بشكل سريع^(١) .

(١) محمد حمدي حجار (١٤١٣هـ) . الحقيبة التدريبية : برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحات ومراكز إعادة التأهيل (جزء الملاحق) . الرياض : أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية . ص ٣ : ٦ - ٧ .

١٢ . ٧ النظرية المرضية (نظرية كحولية)^(١)

نشأت النظرية المرضية لإدمان الكحول في أحضان جمعية «مدمني الخمر ، مجهولي الاسم» التي تعتمد على بقاء مدمني الكحول منقطعين نهائياً عن الكحول ، بواسطة برنامجها العلاجي المعروف «الخطوات الإثنتي عشرة» حيث قام الطبيب الأمريكي «جيلينك» (Jellinek, 1952) بإجراء دراسة علمية على مدمني الكحول ، ثم قام بإعادة الدراسة مرة أخرى على عينة تجاوزت الألفين من أعضاء الجمعية ، وطبقاً لنتائج الدراستين سطر جيلينك نظريته المعروفة بالنظرية المرضية لإدمان الكحول . والتي تقوم على فرضيتين رئيسيتين :

الفرضية الأولى: أن إدمان الكحول ينقسم إلى خمسة أقسام ، وقد رُمّزت الأقسام وفقاً للأحرف الأولى من الهجائية اليونانية . وهذه الأقسام هي :

١ - إدمان ألفا: Alpha

ويصنف هذا النوع من إدمان الكحول على أنه إدمان نفسي ، فمدمنون ألفا لا يتعرضون للأعراض الانسحابية عند توقفهم عن تعاطي الكحول .

٢ - إدمان بيتا: Beta

وهم من يتعاطون الكحول بكميات كبيرة يصاحبها أعراض مرضية جسمية ، كما أنهم لا يتعرضون للأعراض الانسحابية عند توقفهم عن تعاطي الكحول . وهذا القسم لا يدخل ضمن الإدمان النفسي ولا الجسمي كذلك .

(١) سامي عبدالعزيز الدماغ (مرجع سابق) . ص ٢٥-٢٩ .

٣ - إدمان جاما: Gamma

وهم الأكثر شيوعاً على مستوى العالم ، ويتميز مدمنو هذا القسم بالتالي :

١ - الاعتماد الفسيولوجي .

٢ - فقدان السيطرة فيما يتعلق بالكمية .

٣ - السيطرة والتحكم فيما يتعلق بوقت التعاطي .

بمعنى أنهم يستطيعون الانقطاع عن الكحول لفترات طويلة ولكنهم ما أن يعودوا إلى التعاطي بالكأس الأول حتى يفقدوا السيطرة على أنفسهم فيما يتعلق بالكمية (تناول كميات غير معقولة) .

٤ - إدمان دلتا: Delta

وهؤلاء يشبهون إدمان جاما إلا أنهم يتميزون بقدرتهم على التحكم فيما يتعلق بالكمية التي يشربونها في كل مرة ، لكنهم وعلى عكس مدمني جاما لا يستطيعون التحكم في وقت الشرب ، فهم لا يستطيعون الانقطاع عن الكحول أكثر من يوم . فمدمنو دلتا تتطلب أجسامهم بقاء نسبة من الكحول في الجسم في جميع الأوقات ، وإلا ظهرت الأعراض الانسحابية .

٥ - إدمان إبسلون: Epsilon

ويصنفون على أنهم أحد أشكال مدمني جاما ، إلا أنهم يشربون الكحول على فترات متقطعة ، وحينما يكونون تحت تأثير الكحول يصبحون في غاية العنف ، وغالباً ما تنتهي فترة سكرهم بمشكلة أو مشاجرة .
الفرضية الثانية: إن إدمان الكحول يمر بأربع مراحل ، مالم يقطع هذه المراحل علاج ، أو انقطاع إجباري كالسجن مثلاً ، وهذه المراحل هي :

١ - مرحلة ما قبل الإدمان:

وفي هذه المرحلة يتم تعاطي الكحول لتحاشي قلق، أو اكتئاب، أو توتر قد يكون بسبب مصاعب الحياة التي يواجهها الأفراد في حياتهم اليومية. وإذا استمر التعاطي تستمر الزيادة في كمية الكحول، وتقل المدة التي تفصل فترات التعاطي، للوصول إلى المفعول الذي يطلبه الجسم.

٢ - مرحلة الإنذار بالإدمان:

ويميز هذه المرحلة خمس أعراض هي:

- تعرض المتعاطي إلى فترات قصيرة من فقدان الذاكرة تأتي أثناء الشرب، أو بعده مباشرة.

- تعاطي الكحول بخفية.

- تجرع الكحول.

- استحواذ الكحول على تفكير المتعاطي فيصبح تفكيره متمركزاً حول الحصول على الكحول وتعاطيه.

- شعور المتعاطي بالذنب نتيجة ارتكابه سلوكاً غير لائق وهو تحت تأثير الكحول.

- إنكار الإدمان على الكحول.

٣ - المرحلة الحرجة:

يميز هذه المرحلة الاعتماد الجسمي على الكحول، ويكون المدمن فيها غير قادر على التحكم في كمية الكحول وفي وقت التعاطي. وغالباً ما تظهر آثار سيئة عند بلوغ المدمن هذه المرحلة، لعل من أبرزها:

- تدهور في الحالة الصحية، نتيجة سوء التغذية وقلة النوم.

- فقدان العمل .

- تدن عام في مستوى الحياة الاجتماعي .

٤ - المرحلة المزمنة:

وهذه هي المرحلة الأخيرة التي يمر بها المدمن قبل الوفاة . ويتميز المدمن الذي يصل إلى هذه المرحلة بالتالي :

- إخفاق في محاولات علاجية متعددة .

- دخول السجن ، أو مرور بمصاعب ومواقف حرجة ومؤلمة .

- فقدان الذاكرة .

- يفقد الجسم القدرة على تقبل الكحول .

- شرب الكحول في جميع الأوقات .

- انحدار وتدن في مستوى الأخلاق .

وترى النظرية المرضية بأن إدمان الكحول مرض disease وعلاجه هو التوقف التام عن شرب الكحول ، كما ترى بأن العلاج يجب أن يقدم للمدمن في أسرع وقت لتفادي مزيد من التدهور في حالة المريض ، وليس شرطاً أن يبلغ المدمن المرحلة الرابعة حتى يكون في حاجة إلى علاج .

١٢ . ٨ نظرية التحكم في الشرب (نظرية كحولية)^(١)

جاءت نظرية التحكم في شرب الكحول بعد النظرية المرضية ، بل إنها قامت على أنقاض النظرية المرضية ، بمعنى أنها جاءت منتقدة النظرية المرضية . ويرجع فضل نظرية التحكم في شرب الكحول إلى العالم «ديفز»

(١) سامي عبدالعزيز الدماغ (مرجع سابق) . ص ٣١-٣٤ .

Davies الذي قام بإجراء دراسة متابعة على (٩٣) مدمناً من نوع جاما ووجدهم عادوا إلى الشرب ولكن بصورة طبيعية، مما يعني أنهم استطاعوا أن يتحكموا في شربهم للكحول، في حين أن النظرية المرضية ترى بأن الإدمان مرض وعلاجه هو التوقف التام عن شرب الكحول، ثم أجريت دراسات أخرى جاءت نتائجها مؤكدة لصدق النتائج التي توصل لها «ديفز» والتي ارتكزت على مفاهيم النظرية السلوكية، وهي أن فقدان السيطرة سلوك متعلم، وإعادة التحكم في الشرب هو أيضاً سلوك يمكن تعلمه، بواسطة تكتيكات تعديل السلوك المنطلقة مفاهيمها العامة من نظرية التعلم (النظرية السلوكية).

والجدير بالذكر أن نظرية التحكم في الشرب قليلة إن لم تكن نادرة الاستخدام، وذلك من قبل المصحات المتخصصة في علاج الإدمان وخصوصاً في الدول الغربية، فنادراً ما تعمل مصحة وفقاً لهذا المنظر، لما يخلفه من آثار سلبية، وخسائر مادية، تتحملها في الغالب المصحات من قبل مدمني الكحول، بسبب عدم فهم الأسلوب من قبل المدمنين الذين تلقوا العلاج، أو الإساءة في استخدامه، أو لعدم الوضوح في التقنية العلاجية التي هي التحكم في شرب الكحول. وبالتالي فهو يخلف مشكلات قضائية يتقدم بها الأفراد، أو شركات تأمين ضد المصحة التي عالجت بتقنية التحكم في شرب الكحول، على الرغم من أنها كمنظريه أحدثت من النظرية المرضية، مما جعل الكثير من المصحات تعدل عن استخدام النظرية كأسلوب علاجي، حتى وإن كانت مقتنعة بجدواها، خوفاً من المحاسبة القانونية، والخسائر المالية التي تتحملها المصحة.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

إبراهيم عبدالرحمن الشرقاوي (بدون تاريخ) المخدرات آفة العصر . لم يوضح الناشر ولا مكان النشر .

إسماعيل بن عمر بن كثير (١٩٩٣م) . تفسير القرآن العظيم (الجزء الثاني) . بيروت : المكتبة العصرية .

أحمد جامع ، ومحمد فتحي عيد (١٩٧٩م) . المخدرات في رأي الإسلام : سلسلة البحوث الإسلامية (السنة العاشرة ، الكتاب السابع) . القاهرة .
أحمد عكاشة (١٩٨٠م) . الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

أحمد علي طه ريان (١٩٨٤م) . المخدرات بين الطب والفقہ . القاهرة : دار الاعتصام .

أحمد أبو الروس (بدون تاريخ) . مشكلة المخدرات والإدمان . الإسكندرية : دار المطبوعات الجامعية .

أحمد كمال أحمد (١٩٧٣م) . تنظيم المجتمع (جزء ١) . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

أحمد محمد الزعبي (١٩٩٤م) . الإرشاد النفسي : نظرياته ، اتجاهاته ، مجالاته . صنعاء : دار الحكمة اليمانية .

أنا فرويد (١٩٧٢م) . الأنا وميكانزمات الدفاع . المؤلفات الأساسية في التحليل النفسي . ترجمة : صلاح مخيمر ، وعبدہ ميخائيل . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

أنور محمد الشرقاوي (١٩٩١م). الأبعاد النفسية والتربوية لمشكلة الإدمان لدى الشباب. المركز الإقليمي لتعليم الكبار.

تماضر حسون (١٩٨٧م). الإجراءات الوقائية والعلاجية لمشكلة المخدرات في الوطن العربي: دراسة ميدانية لجميع الأقطار العربية. فينا: المؤتمر العالمي للمخدرات.

تماضر حسون (١٤١٦هـ). أثر العائلة في وقاية المراهقين من تعاطي المخدرات. المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب (عدد ١٩، مجلد ١٠). الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

تماضر حسون (١٤١٥هـ). انحراف الأحداث الذكور في الوطن العربي: دراسة ميدانية لثلاثة أقطار عربية (المغرب، السعودية، سورية). الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

تماضر حسون، وحسين الرفاعي (١٩٨٨م). المشكلات الأمنية المصاحبة لنمو المدن والهجرة إليها. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

جمعة علي الخولي (١٤٠٣هـ). المسكرات والمخدرات في الشرائع السماوية. المؤتمر الإسلامي العالمي لمكافحة المسكرات والمخدرات. المدينة المنورة: الجامعة الإسلامية.

حامد عبدالعزيز الفقي (١٩٨٤م). مفاهيم العلاج الأسري وأنماط التفاعل داخل الأسرة المريضة: النشأة والتطور. حولية كلية الآداب (عدد ٥). الكويت: جامعة الكويت.

حسن فيح الباب، وسمير عياد (١٩٦٧م). المخدرات سلاح الاستعمار والرجعية. القاهرة: دار الكاتب العربي للطباعة والنشر، وزارة الثقافة.

- الحسين بن علي بن سينا. القانون في الطب (١٩٩٣م). بيروت : مؤسسة
عزالدين للطباعة والنشر .
- حمد المرزوقي وآخرون (١٤١٤هـ). إدمان المخدرات في أوساط الشباب .
الرياض : مركز أبحاث مكافحة الجريمة ، وزارة الداخلية .
- دائرة البحث العلمي بالحزب الاشتراكي الثوري الصومالي (١٩٨٤م) .
دراسات حول القات : تأثيره الاجتماعي والاقتصادي والصحي .
مقديشو : وكالة المطابع الحكومية .
- رشاد أحمد عبداللطيف (١٩٩٢م) . الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات .
الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب .
- روبرت ل . ديونت (١٩٨٩م) . مكافحة العقاقير المؤدية للإدمان . ترجمة :
وليد الترك ورياض عوض . عمان : مركز الكتب الأردنية .
- سارنوف أ . مدنيك ، وآخرين (١٩٨٩م) . التعلم . بيروت : دار الشروق .
- سامي عبدالعزيز الداغ (١٩٩٧م) . تصنيف مدمني الكحول في المملكة
العربية السعودية . الرياض : مركز أبحاث مكافحة الجريمة ، وزارة
الداخلية .
- سامية الساعاتي (١٩٨٣م) . حول ثقافة تعاطي الحشيش في المجتمع
المصري . المؤتمر الثامن للإحصاء والبحوث العلمية والاجتماعية
«ندوة مشكلة المخدرات» من ٣ - ٤ أبريل .
- سعد المغربي (١٩٨٤م) . ظاهرة تعاطي الحشيش : دراسة نفسية اجتماعية .
القاهرة : دار الراتب الجامعية .
- سعد المغربي (١٩٧١م) . التعود والإدمان على المخدرات . الندوة الدولية
العربية حول ظاهرة تعاطي المخدرات ، ٤ - ١٠ مايو . القاهرة :

- المنظمة الدولية العربية للدفاع الاجتماعي، المكتب الدولي العربي
لشؤون المخدرات .
- سعد المغربي (١٩٨٦م) . سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته . القاهرة :
الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- سعد المغربي ، وأحمد الليثي (١٩٦٧م) . المجرمون . القاهرة : مكتبة القاهرة
الحديثة .
- سلوى علي عثمان (١٩٨٩م) . الإسلام والمخدرات : دراسة سسيولوجية
لأثر التغير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات . القاهرة :
مكتبة وهبة .
- سليمان بن قاسم الفالح (١٤٠٩هـ) . عوامل تعاطي المخدرات عند الشباب
«رسالة ماجستير» . الرياض : جامعة الإمام محمد بن سعود
الإسلامية .
- السيد متولي العشماوي (١٤١٤هـ) . الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان .
الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب .
- شعبة المخدرات بالأمم المتحدة (١٩٧٩م) . اتفاقية المؤتمرات التعليمية .
نيويورك : الأمم المتحدة .
- صالح بن عبدالله أبوعباة، و عبدالمجيد بن طاش نيازي (٢٠٠٠م) .
أساسيات ممارسة طريقة العمل مع الجماعات . الرياض : مكتبة
العبيكان .
- صالح الشيخ كمر (١٩٨٥م) . الإدمان على الكحول . بغداد : دار الحرية .
- عادل الدمرداش (١٩٨٢م) . الإدمان : مظاهره وعلاجه . مجلة عالم المعرفة
(عدد ٥٦) . الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .

عبدالباسط محمد حسن (١٩٨٥م). أصول البحث الاجتماعي . القاهرة : مكتبة وهبة .

عبدالحكيم عفيف (١٩٨٦م). الإدمان . القاهرة : الزهراء للإعلام العربي .
عبدالرحمن مصيقر (١٩٨١م). ظاهرة تعاطي الخمر والمخدرات في
البحرين . المنامة : جمعية الاجتماعيين البحرينيين ، وزارة
الإعلام .

عبدالعزیز عبدالله البریثن (١٩٩٦م). نحو تصور لممارسة الخدمة
الاجتماعية مع حالات الإدمان من منظور نظرية الأنساق العامة .
المؤتمر العلمي السنوي التاسع «الخدمة الاجتماعية وتحديات
العصر . ٢٧-٢٩ مارس». القاهرة : كلية الخدمة الاجتماعية ،
جامعة القاهرة ، فرع الفيوم .

عبدالفتاح عثمان (١٩٩٨م). رؤيا نظرية معاصرة لخدمة الفرد الشمولية .
القاهرة : مكتبة عين شمس .

عبدالفتاح عثمان (١٩٩٠م). خدمة الفرد في المجتمع النامي . القاهرة :
مكتبة الانجلو المصرية .

عبدالكريم العفيفي (١٩٨٤م). ظاهرة تعاطي المخدرات وأثرها على التنمية
«رسالة دكتوراه» . جامعة أسيوط .

عبدالمجيد سيد أحمد منصور (١٤٠٩هـ). المسكرات والمخدرات والمكيفات
وأثارها الصحية والاجتماعية والنفسية . الرياض : أكاديمية نايف
العربية للعلوم الأمنية .

عبدالمجيد سيد منصور (١٩٨٦م). الإدمان : أسبابه ومظاهره . الرياض :
مركز أبحاث مكافحة الجريمة ، وزارة الداخلية .

عدنان الدوري (١٩٨٥م). جناح الأحداث : الكتاب الأول «المشكلة والسبب». الكويت : منشورات ذات السلاسل .

عزت سيد إسماعيل (١٩٨٤م). الإدمان الكحولي : المشكلة المراوغة . مجلة العلوم الاجتماعية (عدد ٣ ، مجلد ١٢). الكويت : جامعة الكويت .

عطا الخالدي (١٩٨٣م). الإدمان على المسكر : سبل الوقاية والعلاج . أبحاث الندوة العلمية الثانية . الرياض : أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية .

عفاف محمد عبد المنعم (١٩٩٨م). الإدمان : دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

علي الدين السيد محمد (١٩٩٨م). دور الأسرة في رعاية الناقهين من إدمان المخدرات . المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلات الإدمان : الوقاية، العلاج، المتابعة . القاهرة : جامعة الدول العربية .

فاروق عبدالسلام (١٩٧٨م). دراسة نفسية اجتماعية لبعض المتغيرات المرتبطة بظاهرة الإدمان «رسالة دكتوراه». القاهرة : كلية التربية ، جامعة الأزهر . في بحث : مديحه مصطفى فتحي (١٩٨٨م). دور الخدمة الاجتماعية في مواجهة المشكلات الاجتماعية لإدمان المخدرات : دراسة بنادي الدفاع الاجتماعي بمحافظة كفر الشيخ . المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلات الإدمان «الوقاية، العلاج، المتابعة». القاهرة : جامعة الدول العربية .

فاروق سيد عبدالسلام (١٩٧٧م). سيكولوجية الإدمان . القاهرة : عالم الكتب .

فريد جلال المهتدي (١٩٨٣م). تعريف الكحول. أبحاث الندوة العلمية الثانية «الإدمان على المسكر: سبل الوقاية والعلاج». الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

فهد حمد المغلوث (١٩٩٩م). العلاج الأسري. الرياض: المركز الخيري للإرشاد الاجتماعي والاستشارات الأسرية.

قبارى محمد إسماعيل (١٩٨٠م). أصول الأنثروبولوجيا العامة. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

محمد إبراهيم الفيومي (١٩٧٧م). قضايا في علم الاجتماع الإسلامي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

محمد الحجار (١٩٩٩م). الوجدان في فن ممارسة العلاج النفسي-السلوكي. بيروت: دار النفائس.

محمد حمدي حجار (١٩٨٩م). التدريب العلاجي الطبي السلوكي في موضوع الإدمان على المواد المبدلة للمزاج. المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب (عدد ٨، مجلد ٤). الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

محمد حمدي حجار (١٩٩٢م). العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

محمد حمدي حجار (١٤١٣هـ). الحقيبة التدريسية: برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحات ومراكز إعادة التأهيل «الجزء الأول». الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

محمد بوساق الجزائري (١٤١٧هـ). تحريم المسكرات في الشريعة الإسلامية. الرياض: المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب (عدد ٢١، مجلد ١١).

محمد شفيق (بدون تاريخ). السلوك الإنساني: مدخل إلى علم النفس الاجتماعي. الشركة المتحدة للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد علي محمد، وآخرون (١٩٨٥م). المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

محمد بن معجب الحامد (١٤١٥هـ). دور المؤسسات التربوية غير الرسمية في عملية الضبط الاجتماعي: دراسة ميدانية في علم اجتماع التربية. الرياض: مركز أبحاث مكافحة الجريمة، وزارة الداخلية.

محمد مياسا (١٩٩٧م). مأساة الإدمان: الإدمان سيكولوجيا وقاية وعلاجاً. بيروت: دار الجيل.

محمد الأحمد أبو النور (١٩٨٥م). حكم تناول المخدرات والمفترات وتداولها في التشريع الإسلامي القانوني. القاهرة: وزارة الأوقاف، المجلس الأعلى للشئون الإسلامية.

مختار حمزة (١٩٨٢م). أسس علم النفس الاجتماعي. جدة: دار البيان. مركز أبحاث مكافحة الجريمة (١٩٨٥م). المخدرات والعقاقير المخدرة. الرياض: مركز أبحاث مكافحة الجريمة، وزارة الداخلية.

مصطفى سويف (١٩٩٢م). المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. الكويت: عالم المعرفة.

ناصر لوزا (١٩٨٧م). حالات الانتكاس والعود إلى الإدمان. القاهرة: مؤتمر الصحة النفسية.

نل بيجيرو (١٩٧٨م). الإدمان أقوى دافع صناعي «ترجمة: فاروق عبد السلام». دمشق: دار الثقافة.

الانبا غريغورس (١٩٨٦م). رأي المسيحية في المخدرات. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

هارولد ريجنالد بيتش (١٩٩٢م). تعديل السلوك البشري. «تعريب: فيصل محمد ازراد». الرياض: دار المريخ للنشر.

هدى سليم عبد الباقي (١٩٩٣م). الخدمة الاجتماعية والعيادة النفسية المتخصصة. بيروت: مؤسسة بحسون للنشر والتوزيع.

ثانياً: المراجع الأجنبية

American Psychiatric Association (1944). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Fourth Edition, DSM IV).

Alcoholics Anonymous (1987). Alcoholics Anonymous "Hand Book". New York, World Service Inc.

Alcoholics Anonymous (1939). Alcoholics Anonymous. New York, Survey Analysis Inc.

Anderson, S. (1987). Alcohol Use and Addiction. Encyclopedia of Social Work, 18 th ed, NASW, New York.

Arif, A. & Westermeyer, J. (1988). Manual of drug and alcohol abuse, New York: Plenum.

David, Matza (1964). Delinquency and Drift, John Wiley and Sons, Inc. New York.

Edward, K Hant Ziar (1980). An Ego, Self-Theory of Substance Dependence, U.S. D of Health & Service, March.

- Harton, D. (1973). *The Function of Alcohol in Primitive Societies Across Cultural P. Study*, Quarl, J. Study, A.C.4.
- Haskel, Martin R. & Yablonsky, Lewis (1974). *Juvenile Delinquency*. Rand Mc-Nally College Publishing Company Chicago.
- Ismail, E. (1974). *Some Cultural Variables Affecting the Use of -Alcoholism*. A paper Presented to 12th Pan Arab Medical Conference, Kuwait.
- Jones, Brian J. et al (1988). *Social Problems Issues. Opinions and Solutions* McGraw-Hill, Book Company, New York.
- Kramer, J. & Cameron, D. (1975). *A manual on Drug Dependence*, Geneva: WHO.
- Martindale Don & Martindale Edith. (1971). *The Social Dimensions of Mental Illness, Alcoholism and Drug Dependence*. (Greenwood Publishing Company, West Port).
- Max Siporin (1975). *Introduction Social Work*. New York: Mcmillan Publishing Company.
- Morris, Earl W. (1983). *Absent Fathers and Problem Behavior, A comparison of Children from Broken and Nonbrokeht Homes*. West Michigan University.
- Richard, Jessor. et al (1968). *Society, Personality and Deviant Behavior: A study of Tri-ethnic Community*. Holt, Rinehard and Winston, inc.
- Robert, C. (1973). *Juvenile Delinquency, Concepts and Control*, Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey.

- Robert L. Barker (1987). *The Social Work Dictionary*. NASW, Washington DC. Silver Spring, Maryland.
- Ronald, Toseland & Robert Rivas (1984). *An Introduction Group Work Practice*. Macmillan Publishing Company, New York.
- Soueif, M. et al. (1980). *The Egyptian Study of Chronic Cannabis Consumption*. NCSCR, Cairo.
- Sutherland, Edwin & Cressey, Donald R. (1970). *Criminology*, 8th Edition, Lippin Cott Company.
- Thomas, J. et al. (1988). *Introduction to Social Problems* Macmillan Publishing Company, N.Y.
- Vaillant, G. E. (1983). *The Natural History of Alcoholism: Causes, Patterns and Path to Recovery*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

ح (٢٠٠٢)، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية - الرياض -

المملكة العربية السعودية. ص. ب ٦٨٣٠ الرياض: ١١٤٥٢

هاتف ٢٤٦٣٤٤٤ (١-٩٦٦) فاكس ٢٤٦٤٧١٣ (١-٩٦٦)

البريد الإلكتروني: Src@naass.edu.sa

Copyright©(2002) Naif Arab Academy

for Security Sciences (NAASS)

ISBN 5-67-853-9960

P.O.Box: 6830 Riyadh 11452 Tel. (966+1) 2463444 KSA

Fax (966 + 1) 2464713 E-mail Src@naass.edu.sa.

ح (١٤٢٣هـ) أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

البريشن، عبدالعزيز بن عبدالله.

الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، - الرياض

٢٨٩ ص، ١٧ × ٢٤ سم

ردمك: ٥ - ٦٧ - ٨٥٣ - ٩٩٦٠

١ - الخدمة الاجتماعية ٢ - ادمان المخدرات أ - العنوان

ديوي ٢٩٣، ٣٦٢ ٢٢/٥٢٢٤

رقم الايداع: ٢٢/٥٢٢٤

ردمك: ٥ - ٦٧ - ٨٥٣ - ٩٩٦٠

ردمك: ٥ - ٦٧ - ٨٥٣ - ٩٩٦٠

حقوق الطبع محفوظة
لأكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية